

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1923 - 1924 — N° 41

Travail de la Clinique des Maladies Cutanées et Vénériennes
de la Faculté de Médecine de Lyon

Étude Critique
de
L'AUTOHÉMOTHÉRAPIE
en Dermatologie

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON
et soutenue publiquement le 12 Décembre 1923

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Pierre DUMOLLARD

Assistant à la Clinique Dermatologique de l'Antiquaille

né à CHAUFFAILLES (Saône-et-Loire), le 7 Février 1898



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

—
1923

ÉTUDE CRITIQUE
DE L'AUTOHÉMOTHÉRAPIE EN DERMATOLOGIE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1923 - 1924 — N° 41

Travail de la Clinique des Maladies Cutanées et Vénériennes
de la Faculté de Médecine de Lyon

Étude Critique
de
l'AUTOHÉMOTHÉRAPIE
en Dermatologie

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 12 Décembre 1923

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Pierre DUMOLLARD

Assistant à la Clinique Dermatologique de l'Antiquaille

né à CHAUFFAILLES (Saône-et-Loire), le 7 Février 1898



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

—
1923

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire..... MM. H. HUGOUNENQ.
Doyen J. LEPINE.
Assesseur ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, TESTUT, FLORENCE (A.), TEISSIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	MM. BARD.
Cliniques chirurgicales.....	ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	TIXIER.
Clinique ophtalmologique.....	BERARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	COMMANDEUR.
Clinique neurologique et psychiatrique.....	ROLLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NICOLAS.
Clinique des maladies des femmes.....	LEPINE (J.).
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	WEILL.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	POLLOSSON (M.).
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....	LANNOIS.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	ROCHET.
Chimie biologique et médicale.....	NOVE-JOSSERAND.
Chimie organique et Toxicologie.....	CLUZET.
Matière médicale et Botanique.....	HUGOUNENQ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	MOREL.
Anatomie	BRETIN.
Histologie	GUIART.
Physiologie	LATARJET.
Pathologie interne.....	POLICARD.
Pathologie et Thérapeutiques générales.....	DOYON.
Anatomie pathologique.....	COLLET.
Chirurgie opératoire.....	MOURIQUAND.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.....	PAVIOT.
Médecine légale.....	VILLARD.
Hygiène	ARLOING (F.).
Thérapeutique, hydrologie et climatologie.....	Etienne MARTIN.
Pharmacologie	COURMONT (P.).
	PIC.
	X.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	MM. VALLAS.
— — Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— — Chimie minérale.....	BARRAL.
— — Urologie	GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique.....	MM. PATEL.
Orthopédie	LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Chirurgie expérimentale.....	LERICHE.
Stomatologie	TELLIER.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER.	COTTE.	CORDIER (V.).	MAZEL.
GARIN.	DUROUX.	ROUBIER.	SANTY.
SAVY.	TRILLAT.	FAVRE.	DUNET.
FROMENT.	SARVONAT.	BONNET.	CHALIER (André).
THEVENOT (Lucien)	FLORENCE (G.).	RHENTER.	CHALIER (Joseph).
PIERY.	ROCHAIX.	LEULIER.	NOEL.
			CORDIER (Pierre).

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. NICOLAS, président; GARIN, assesseur;

FAVRE et JOSEPH CHALIER, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

En témoignage de mon affection et de
ma profonde gratitude.

A MES GRANDS-PARENTS

A MON GRAND-PÈRE

A MA GRAND'MÈRE

A MON FRÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR NICOLAS

*Professeur de Clinique des Maladies Cutanées et Vénériennes
à la Faculté de Médecine de Lyon
Médecin de l'Antiquaille
Chevalier de la Légion d'Honneur*

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse :
modeste témoignage de notre bien vive
reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR FAVRE

*Professeur Agrégé à la Faculté
Médecin de l'Hôtel-Dieu
Chevalier de la Légion d'Honneur*

Qui a bien voulu nous autoriser à
suivre sa consultation des Maladies
Héréditaires à l'Hôpital de la Charité et
nous y faire profiter de ses conseils.
Qu'il veuille bien agréer ici l'hommage
de nos remerciements respectueux.

A MES JUGES

A TOUS MES MAÎTRES

A MONSIEUR LE DOCTEUR GATÉ

Ancien Chef de Clinique à la Faculté

J'adresse l'expression de mes senti-
ments de bien vive sympathie et mes
remerciements pour l'intérêt bienveil-
lant qu'il me porte.

ETUDE CRITIQUE DE L'AUTOHÉMOTHÉRAPIE EN DERMATOLOGIE

AVANT-PROPOS

Au début de ce travail, nous avons à remplir un bien agréable devoir, celui d'adresser au Maître qui nous l'inspira, le tribut de nos hommages et de notre respectueuse gratitude.

C'est à sa bienveillance de tous les jours, que nous devons d'avoir pu entreprendre et perfectionner ensuite notre éducation dermatologique. Pendant trois années, M. le Professeur NICOLAS n'a cessé de nous prodiguer dans son service, en même temps que les marques d'un intérêt constant, ses conseils et son enseignement. Il nous a permis d'y étudier avec fruit et a bien voulu nous associer comme collaborateur aux travaux de la Clinique Dermatologique. Aussi, tenons-nous à le remercier de l'honneur qu'il nous fit et à lui demander de vouloir bien agréer l'hommage de notre sincère reconnaissance et de notre entier dévouement.

Nous tenons aussi à remercier de façon toute spéciale M. le Docteur GATÉ, ancien Chef de Clinique. Ce fut lui qui nous engagea dans la voie que nous avons

suivie. Il sut nous rendre la tâche agréable et facile ; il guida nos premiers pas et ne nous ménagea jamais son appui ni ses conseils éclairés, tant à sa consultation du Dispensaire Général qu'à la Clinique. Qu'il nous suffise d'en appeler à l'amitié qu'il nous porte, pour l'assurer de nos sentiments vivement reconnaissants.

Nous n'aurions garde d'oublier dans ces lignes M. le Docteur DUPASQUIER, qui a droit, lui aussi, à nos remerciements. Le sujet que nous traitons, a été pour lui l'objet de travaux nombreux auxquels il a bien voulu nous laisser collaborer. Son aide quotidienne n'a pas été sans faciliter beaucoup notre tâche.

Il ne nous reste qu'à faire part de notre très reconnaissant souvenir à tous ceux qui, à la Clinique, ont bien voulu s'intéresser à nous et nous instruire, et plus particulièrement à M. le Docteur MASSIA, ancien Chef de Clinique ; M. le Docteur PILLON, Chef de Clinique ; M. le Docteur Jean LACASSAGNE, Chef de Clinique adjoint ; à les remercier enfin de l'accueil qu'ils nous ont ménagé au milieu d'eux, et de la place, si large, qu'ils nous ont faite à leurs côtés.

Historique.

L'autohémothérapie dans le traitement des dermatoses est une acquisition récente, que nous devons à M. Ravaut, et les travaux de cet auteur, concernant ce nouveau mode thérapeutique, remontent à 1913.

Cependant, l'emploi des injections d'auto-sang est de pratique plus ancienne, et c'est dès l'année 1667 que nous en retrouvons la trace pour la première fois. Denis (de Montpellier) pratiqua, à cette époque, l'hémothérapie sous-cutanée ou intramusculaire, l'état d'un malade lui ayant fait craindre les dangereux effets d'une transfusion sanguine intraveineuse. Puis, cette méthode est perdue de vue jusqu'en 1875, où A. Voisin l'utilise de nouveau pour le traitement de deux aliénés cachectiques, par des injections répétées de sang défibriné. En 1906, P.-E. Weill la conseillait à nouveau dans l'hémophilie (1). Craignant des accidents d'anaphylaxie, il se contentait de pratiquer une seule injection de 20 à 30 centimètres cubes du

(1) P.-E. Weill. Le traitement de l'hémophilie par la cure sérique (*Congrès de médecine*, Paris, 1910).

sérum seulement, et obtint des guérisons. Ce n'est que par la suite qu'il pensa qu'on pouvait injecter le sang complet.

Il faut ensuite arriver jusqu'à l'année 1912 pour retrouver, dans la littérature médicale l'emploi du traitement sanguin. Jusqu'à cette période, les essais ont été timides et fort espacés. Mais, dès cette date, la question entre dans une ère plus active, où de nombreux auteurs l'étudient et utilisent l'hémothérapie de façon courante dans diverses maladies. MM. Sicard et Gutmann ouvrent, en 1912, la série des recherches sur ce sujet et substituent l'autohémothérapie à l'autosérothérapie (1). Ils l'utilisent pour le traitement des épileptiques à de très fortes doses, puisqu'ils injectent de 60 à 80 centimètres cubes de leur propre sang à leurs malades, et sans observer le moindre incident.

En septembre 1912, M. F. Ramond préconise à nouveau l'autohémothérapie comme traitement des hémoptysies chez les tuberculeux (2). Il lui attribue des principes coagulants et des effets bienfaisants sur la fièvre et l'état général des malades.

Puis, au cours de la même année 1912, survient une phase où abondent des travaux d'auteurs allemands qui traitent à nouveau leurs malades par l'homosérothérapie. Mayer et Linser améliorent plusieurs femmes enceintes atteintes « d'herpès gestationis », par l'injection sous-cutanée du sérum d'autres femmes

(1) Sicard et Gutmann (*Société Médicale des Hôpitaux*, 9 juillet 1912).

(2) Ramond. A propos du traitement de l'hémoptysie des tuberculeux (*Progrès Médical*, 14 septembre 1912, p. 452).

enceintes ; puis, ils élargissent le cadre de leur thérapeutique et pratiquent des injections de sérum humain chez des malades atteints de prurigo, d'eczéma, d'urticaire, de prurit sénile. Spiethof et Henck vont plus loin encore et publient des résultats intéressants concernant des malades porteurs de psoriasis, de dermatite de Duhring, de strophulus, etc. En 1913, Spiethof apporte un élément nouveau à la question et montre que l'autosérothérapie donne des résultats aussi satisfaisants (1) que l'homosérothérapie.

C'est alors que M. Ravaut fit naître en France l'Autohémothérapie. En 1913, il reprend les expériences de Spiethof, tout en les modifiant cependant. En effet, craignant, à juste titre, que le sérum des malades fût insuffisamment stérile et provoquât des accidents redoutables chez le récepteur, il pensa « qu'il serait plus simple de réinjecter au malade son propre sang (2), son sang total. D'ailleurs, dans la fibrine et les globules rouges, peuvent se trouver des substances ou des corps microbiens, dont la résorption par l'organisme provoquent des réactions utiles » (3). A cette époque, M. Ravaut porta ses essais sur 13 cas de dermatoses variées, parmi lesquels il enregistra des succès.

En 1914, M. J. Sicard traite quelques cas de rhumes des foins par des injections d'auto-sang (4).

(1) Spiethof. (*Münchener Medizinische Wochenschrift*, n° 10, 11 mars 1913).

(2) Ravaut. (*Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, Mai 1913, p. 292.)

(3) Ravaut. (*Loc. cit.*)

(4) J. Sicard. Autohémothérapie et rhumes des foins. (*Société Méd. des Hôpitaux*, 26 juin 1914.)

En 1915, MM. Ramond et Goubert (1) utilisent l'auto-hémothérapie chez les typhiques et ne signalent d'ailleurs que des succès partiels ne portant que sur un symptôme : chute de la température dans quelques cas, diminution de la diarrhée dans d'autres circonstances.

Dans un numéro du *Marseille Médical* (2), M. J. Sicard publiait à nouveau, en 1918, des résultats encourageants obtenus par l'autohémothérapie chez des sujets atteints d'affections générales diverses. Il signale des améliorations notables chez des hémophiles anciens, dans différents états hémorragipares ; enfin, certains de ses malades, souffrant depuis de longues années, d'anémies graves cryptogénétiques, se trouvèrent bien de ce traitement. En 1920, lors de l'épidémie d'encéphalite léthargique, M. le Professeur Mouriquand tenta, à la phase subaiguë, chez quelques-uns de ses malades, des injections de leur propre sang. Chez plusieurs d'entre eux, il vit les accidents cérébraux s'amender beaucoup, et chez d'autres, la somnolence diminuer dans de fortes proportions. Il améliora de même un cas de périose rhumatismale où les accidents purpuriques et les phénomènes douloureux disparurent dès le lendemain de la première injection (3). Puis, différents auteurs utilisèrent la même méthode dans le traitement du purpura ordinaire, et MM. Widal, Abrami et Brissaud obtinrent la guérison d'un cas de ce genre durant depuis trois ans par cinq

(1) Ramond et Goubert. Autohémothérapie dans la fièvre typhoïde (*Bulletin de l'Acad. de Méd.*, 1915, p. 205 à 208.)

(2) J. Sicard. Autohémothérapie et Homohémothérapie. (*Marseille Médical*, 1^{er} mai 1918.)

(3) Mouriquand. Autohémothérapie dans les affections à forme traînante. (*Journal de Médecine de Lyon*, 9, III, 20.)

injections sous-cutanées de 20 centimètres cubes de sang total, emprunté au malade lui-même (1).

En 1921, Tzanck publiait des résultats très encourageants dans le traitement des eczémas professionnels (2). De son côté, Tribet (3) a rapporté, en 1922, un cas d'eczéma généralisé datant de six ans, et qui céda à six injections. Dans l'urticaire ancien, Rimbaut et Ramain (4) ont également obtenu des succès.

Dans les *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie* (N° 3) de l'année 1921, MM. Nicolas, Gaté et Dupasquier (5) publient deux cas de prurigo rebelle guéri par l'autohémothérapie. Et, dans une communication (6) à la Société de Biologie de Lyon sur les réactions cliniques dans l'autohémothérapie, les mêmes auteurs résument les observations de huit cas nouveaux, publiés dans la thèse de Ruby (7), qu'ils ont inspirée.

A partir de cette époque, l'autohémothérapie et l'hémothérapie en général, sont l'objet de recherches

(1) Widal, Abrami, Brissaud. Considérations générales sur la protéinothérapie et le traitement par le choc colloïdoclasiqne. (*Presse Médicale*, 5 mars 1921, p. 182.)

(2) Tzanck. Traitement des eczémas professionnels par l'Autohémothérapie. (*L'Hôpital*, août-B. 1921.)

(3) Tribet. *Société des Sciences biologiques et médicales de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*. (3, II, 22.)

(4) Rimbaut et Ramain. *Comité médical des Bouches-du-Rhône* (6 janvier 1922).

(5) J. Nicolas, J. Gaté et D. Dupasquier. Deux cas de prurigo rebelles, guéris par l'autohémothérapie (*Annales de Dermat. et de Syphili.* 1921, n° 3).

(6) J. Nicolas, J. Gaté, D. Dupasquier. Réactions cliniques de l'autohémothérapie dans quelques dermatoses (*C. R. de la Société de Biologie*, 1921, n° 35, p. 1036). — Sur quelques réactions cliniques dans l'autohémothérapie (Purpura). (*C. R. de la Société de Biologie*, 15 janv. 1923, p. 24.)

(7) Ruby. Essai d'autohémothérapie dans les dermatoses. (*Thèse*, Lyon, 1921).

et de travaux nombreux à la Clinique Dermatologique de l'Antiquaille. L'ensemble de la question est peu au point, et bien des détails sur la conduite du traitement et des notions concernant les accidents et réactions cliniques observés flottent encore, imprécis. En mai 1912, MM. Gaté et Dupasquier viennent combler cette lacune et publient un long article dans le *Journal de Médecine de Lyon* ; ils y établissent, de façon claire, la manière dont doit être comprise et utilisée la thérapeutique sanguine et donnent une classification précise des malades qu'on peut y soumettre, d'après les réactions au traitement qu'ils présentent (1). Le mois suivant, un nouveau travail, faisant ressortir l'avantage de la méthode et le peu de danger qu'elle présente, paraît dans les *Annales de Dermatologie*, sous les noms de MM. Nicolas, Gaté et Dupasquier (2). Des réactions du type sérique y sont rapportées, concernant plusieurs malades soumis au traitement. Et, au Premier Congrès de Dermatologie et de Syphiligraphie de Langue Française, tenu à Paris, en 1922, parut un compte-rendu des recherches faites jusqu'à ce jour, dans le service de M. le Professeur Nicolas.

On eut aussi l'idée de tenter le traitement sanguin chez des malades porteurs de bubons chancreux ; plusieurs cas permirent d'enregistrer des succès. Au contraire, quelques cas de Lymphogranulomatose restèrent opiniâtement rebelles à l'autohémothérapie.

(1) J. Gaté et D. Dupasquier. Considérations pratiques sur l'autohémothérapie en dermatologie. (*Journal de Médecine de Lyon*, n° 57. Mai 1922.)

(2) J. Nicolas, J. Gaté, D. Dupasquier. Nouveaux essais d'autohémothérapie dans les Dermatoses. Réactions du type sérique consécutives (*Annales de Derm. et de Syphil.*, n° 4, avril 1922).

Ces résultats ont été publiés à la Société Médicale des Hôpitaux de Lyon et figurent dans le *Lyon Médical* (1).

Dès ce moment, ayant observé les excellents effets de cette thérapeutique dans la furonculose, nos efforts se dirigent tout particulièrement dans ce sens. Les nombreux malades guéris par nous de cette pénible affection, deviennent alors le point de départ de recherches variées, ayant trait tant aux faits cliniques, qu'à des constatations biologiques d'un intérêt considérable. Nous sommes, en effet, rapidement amenés à rechercher chez nos malades les « tests » de Widal, révélateurs de la crise hémoclasique. En décembre 1922, la thèse de Buffler (2) rapporte un grand nombre de guérisons de furonculoses par l'auto-sang ; et, à la même époque, Fauvet, dans sa thèse, vient corroborer pleinement nos résultats (3). Sa simplicité, l'absence de dangers qu'elle comporte, l'égalité des résultats qu'elle donne, fait que la méthode sanguine l'emporte sur la lactothérapie (4), utilisée aussi contre la furonculose, mais qui n'est pas d'une innocuité parfaite et d'un maniement aussi simple.

De plus en plus, les esprits sont attirés par la signification biologique de l'autohémothérapie considérée comme traitement de la furonculose. Le mécanisme

(1) J. Nicolas, J. Gaté, D. Dupasquier, F. Lebeuf. Essai de traitement des bubons chancrelleux par l'autohémothérapie. (*Lyon Médical*, 25 juin 1923, p. 561.)

(2) Buffler. Essais d'autohémothérapie dans la Furonculose. (Thèse, Lyon, 1922.)

(3) Fauvet. Contribution à l'étude de l'Autohémothérapie en Dermatologie, et spécialement dans la Furonculose. (Thèse, Paris, 1922.)

(4) L.-M. Bonnet. Les injections de lait dans le traitement de la Furonculose. (*Lyon Médical*, 10-XI-22, p. 962.)

en est obscur. On ne peut guère songer à une vaccination ; aussi, l'hypothèse séduisante du choc hémoclasique captive-t-elle la pensée des auteurs qui vont diriger leurs travaux dans cette voie nouvelle.

A l'une des séances de la Société de Biologie, MM. Moutier et Rachet apportent le tribut de leurs recherches et leurs résultats sont des plus intéressants (1). Ce travail est immédiatement suivi d'une communication sur la même question, présentée par M. le Professeur Nicolas, à la Société de Biologie de Lyon (2). Pensant que l'idée de vaccination ne pouvait être admise, il fait pratiquer, chez un malade atteint de furonculose, des injections du sang d'un autre individu : les effets thérapeutiques sont excellents et la guérison survient rapidement.

Reculant encore les limites de la question, l'idée vient d'injecter aux furonculeux, non plus du sang humain, mais un sang prélevé à un animal (lapin, cobaye) (3). La guérison apparaît encore, mais il survient un fait nouveau : d'importantes réactions sont observées chez les malades ainsi traités.

Nous recherchâmes alors, chez les furonculeux soumis à l'autohémothérapie, les « tests » sanguins du choc. Nous les trouvâmes facilement (4) et nous regret-

(1) Moutier et Rachet. Syndrome hémoclasique et Autohémothérapie. (*C. R. de la Société de Biologie*, 13 janvier 1923, p. 21.)

(2) J. Nicolas, J. Gaté, D. Dupasquier, F. Lebeuf. Homohémothérapie dans la Furonculose ; sa signification biologique. (*C. R. de la Société de Biologie*, 19-II-23, p. 523.)

(3) J. Nicolas, J. Gaté, D. Dupasquier, F. Lebeuf. Hétérohémothérapie dans la Furonculose ; sa signification biologique. (*C. R. de la Société de Biologie*, 16-IV-23, n° 13, p. 1039.)

(4) J. Nicolas, J. Gaté, D. Dupasquier, P. Dumollard. Autohémothérapie et Crise hémoclasique. (*C. R. de la Société de Biologie*, 14 mai 1923, n° 18, p. 1298.)

tons de n'avoir pu publier, à ce moment, qu'une seule observation, les malades nous ayant fait défaut pour compléter nos résultats. Le mois suivant, deux auteurs publièrent, à la Société de Biologie de Lyon, plusieurs observations qui vinrent heureusement s'ajouter à la nôtre (1). Enfin, plus récemment, au mois d'août 1923, MM. Moutier et Rachet reprennent l'étude des accidents dus à l'autohémothérapie et en donnent une bonne classification (2). Ils insistent, dans leur article, sur certains accidents syncopaux très précoces, qu'on ne saurait mettre sur le compte du traitement et qui ne sont dus qu'à la pusillanimité de certains sujets très émotifs ou déprimés. Les mêmes auteurs publiaient, tout dernièrement (3), un travail relatif aux crises vasculo-sanguines et disent les avoir observées aussi nettement chez quinze sujets auxquels ils avaient fait ingérer du lait et même de l'eau distillée, que chez d'autres soumis par eux antérieurement à un traitement sanguin.

MM. Nicolas, Gaté et Dupasquier viennent d'écrire un article récent, publié dans le *Lyon Chirurgical* (4), dans lequel ils traitent à nouveau de l'emploi de l'autohémothérapie dans la furonculose ; ils relatent

(1) Monziol et Pauron. A propos de la dernière communication de MM. Nicolas, Gaté, Dupasquier et Dumollard : Autohémothérapie et choc hémoclasique. (*C. R. de la Société de Biologie*, 11-VI-23, n° 22, p. 249.)

(2) Moutier et Rachet. Incidents et accidents de l'Autohémothérapie. (*Presse Médicale*, 15 août 1923.)

(3) Moutier et Rachet. Identité des réactions hémoclasiques après l'injection de lait ou d'eau distillée. Essais d'interprétation. (*Progress Medical*, 22-9-23.)

(4) J. Nicolas, J. Gaté, D. Dupasquier. L'Autohémothérapie dans la Furonculose. (*Lyon Chirurgical*, sept.-oct., 1923.)

douze observations à l'appui des faits qu'ils apportent.

P. Mino (1), de l'Université de Turin, reprenant l'étude de la crise hémoclasique au sujet de l'hémothérapie, tend à montrer qu'il ne peut s'en produire qu'à une condition : utiliser le sang du malade sans adjonction de paraffine ou de citrate de soude. Ces substances, dit-il, maintiennent le sang dans son équilibre normal, alors que, pour qu'il agisse, il doit subir certaines modifications, si minimes soient-elles, et un début de coagulation, au cours de son passage dans une seringue ne contenant aucun principe coagulant.

L'autohémothérapie vient de donner des résultats intéressants à M. le Professeur Spillmann (2), de Nancy, dans le traitement du zona. « Elle enraye l'évolution de la lésion cutanée, calme les réactions douloureuses et supprime les réactions générales. »

Enfin, M. le Professeur agrégé Gougerot, dans une revue générale (3), émet l'avis que les résultats de l'autohémothérapie sont encore souvent contestables et surtout inconstants. Il ne croit pas la méthode parfaitement inoffensive et conseille de l'utiliser avec prudence.

Nous nous excusons, à la fin de ce chapitre, de n'avoir pu faire mention de tous les travaux qui ont paru sur la question. Néanmoins, nous nous sommes

(1) P. Mino. Hémothérapie et crise hémoclasique. (*Presse Médicale*, 10 novembre 1923.)

(2) L. Spillmann. L'Autohémothérapie dans le zona. (*La Médecine*, novembre 1923, n° 2.)

(3) H. Gougerot. La Dermatologie et la Syphiligraphie en 1923. (*La Médecine*, novembre 1923, n° 2.)

efforcés, au cours de ces lignes, de procurer au lecteur les matériaux nécessaires aux recherches nombreuses et fertiles que nécessite l'étude de l'autohémothérapie.

PLAN

Nous avons adopté, au cours de ce travail, le plan suivant :

Dans un premier chapitre, nous étudions rapidement la technique de l'autohémothérapie.

Dans le second, nous signalons les divers cas de médecine générale, où elle fut employée, et insistons ensuite tout spécialement sur son utilisation en dermatologie, la furonculose « vraie » étant désignée comme son indication majeure.

Vient ensuite un chapitre d'observations où nous ne relatons *in extenso*, que celles qui nous semblent dignes d'un intérêt particulier.

Le chapitre IV est consacré à une étude clinique tirée des observations où, suivant les cas, nous signalons les avantages de la méthode et les échecs qui commandent son abandon.

La conduite du traitement, les notions indispensables à connaître pour le mener à bien font l'objet du chapitre suivant.

Et comme les « Accidents et Réactions cliniques » nous ont paru en découler naturellement, nous avons placé leur étude au chapitre VI.

Enfin, nous terminons ce travail, en tentant de donner un aperçu du mécanisme biologique par lequel agit l'autohémothérapie.

CHAPITRE PREMIER

Technique.

La technique de l'autohémothérapie est des plus simple. Elle réclame seulement, de la part de l'opérateur, une certaine habileté et un peu d'habitude. Tout se résume en une ponction veineuse, suivie aussi rapidement que possible d'une réinjection du sang retiré dans les muscles de la fesse.

Une seringue, une aiguille et un lien de caoutchouc, tels sont les instruments nécessaires pour pratiquer cette ponction. Il sera bon de s'assurer, au préalable, du bon fonctionnement de la seringue. Quant à sa capacité, nous la faisons varier avec les sujets. Chez les adultes, nous utilisons une seringue de 10 centimètres cubes ; chez les jeunes enfants, nous employons une seringue de 2 centimètres cubes seulement, en raison de la moindre quantité de sang à injecter. Pourtant, il nous a bien semblé qu'il était possible d'injecter sans danger, à des sujets de 2 à 7 ans, des doses

supérieures à 2 centimètres cubes. Nous reviendrons, d'ailleurs, sur ce point, au cours du chapitre suivant.

L'aiguille sera choisie d'un diamètre suffisant pour laisser circuler facilement le sang à son intérieur. L'idéal est d'utiliser une aiguille de 10/10^e : tel est le modèle dont nous nous sommes toujours servis à la Clinique Dermatologique, sans qu'aucun incident n'ait jamais entravé le cours de cette petite intervention. Parfois, chez des femmes grasses, dont le réseau veineux est peu apparent ou même tout à fait invisible, la ponction peut présenter quelque difficulté, en raison du diamètre de l'aiguille : un peu d'habitude supplée rapidement à ce léger inconvénient ; l'emploi, pour ponctionner la veine, d'une aiguille courte et fine le fait disparaître. La longueur de l'aiguille sera de 5 à 6 centimètres. En effet, il convient de porter le sang recueilli en pleine masse musculaire et de ne pas s'exposer à l'injecter dans le tissu cellulaire. Et, chez certains sujets, à couche adipeuse très épaisse, il faut parfois aller assez loin avant d'arriver sur le plan des muscles fessiers. Le métal de l'aiguille a son importance. Certains médecins se servent indifféremment d'aiguilles en nickel ou en acier. L'aiguille en platine, bien que plus coûteuse, doit être cependant, à notre avis, préférée aux autres. Sa stérilisation rapide et facile, à la flamme d'un bec Bunsen, en rend l'emploi plus commode. A ce sujet, nous ajouterons qu'il est bon d'attendre quelques instants après avoir flambé l'aiguille, pour faire en usage. Sinon, on s'expose à brûler le malade, légèrement d'ailleurs, mais certainement à l'indisposer et à le rendre moins

docile. De plus, le sang pénétrant dans la lumière de l'aiguille encore chaude s'y coagulera facilement, ce qu'il faut absolument éviter.

Quant à la seringue, elle aura été stérilisée soigneusement et de préférence par la chaleur sèche. De cette façon, le piston glisse facilement et le remplissage de la seringue se fait de lui-même, sans qu'il soit besoin d'y aider par une aspiration.

La description de la ponction veineuse elle-même ne saurait nous arrêter longuement. Le siège en est une veine du pli du coude, la plus apparente ; il nous semble, en effet, superflu de choisir la médiane céphalique plutôt que la médiane basilique, à cause des rapports quelquefois dangereux que présente cette dernière avec l'artère humérale. Un opérateur ayant quelque pratique des ponctions veineuses est, nous semble-t-il, à l'abri de semblables accidents. La région sera aseptisée à l'éther, qui nettoie convenablement les peaux les plus sales ; nous n'employons jamais la teinture d'iode, qui a l'inconvénient de masquer le réseau veineux.

Chez les enfants, qui crient et se débattent et dont les veines sont minuscules, il est parfois compliqué de fixer le vaisseau ; on demandera alors à un aide de maintenir le petit malade, dont les cris rendront parfois les veines plus turgescents et, de ce fait, les conditions de la ponction s'amélioreront d'autant. Les adultes sont généralement ponctionnés debout, mais il est mieux de les faire asseoir et de faire reposer leur bras sur un plan résistant. Cependant, pour éviter tout accident, on aura soin de faire étendre au préa-

lable les malades émotifs chez lesquels une syncope est à craindre.

Le sang, ainsi retiré, est réinjecté de suite dans les muscles de la fesse. Certains auteurs préconisent la réinjection sous-cutanée, ce qui n'est pas à conseiller, en raison des phénomènes douloureux quelquefois violents qui s'ensuivent. L'on doit se hâter, mais sans précipitation, car la coagulation est loin d'être immédiate. Il nous est arrivé, à plusieurs reprises, d'être contraints d'attendre près d'une minute avant la réinjection, qui s'est faite sans inconvénient. Contrairement à l'opinion de quelques-uns, nous utilisons le sang *sans l'adjonction d'aucune substance anticoagulante* (1).

Les lignes qui précèdent justifient notre préférence.

Le point de réinjection du sang n'est pas indifférent. Il est situé *très haut et très en dehors*, sur une ligne partant du sommet du pli fessier et se rendant à l'épine iliaque antéro-supérieure. De cette façon, elle n'est ni douloureuse pour le malade, ni dangereuse pour les vaisseaux de la région. On enfonce l'aiguille rapidement et on injecte. L'asepsie de la région aura été faite avec un peu d'éther sur un tampon d'ouate.

Cette opération, si simple et si longuement décrite, est, au fond, très rapide. Elle doit s'accomplir vite, avec calme et sans geste inutile.

(1) J. Gaté, D. Dupasquier. Considérations pratiques sur l'Auto-hémothérapie en Dermatologie. (*Journal de Médecine de Lyon*, n° 57, mai 1922.)

CHAPITRE II

Indications.

L'histoire de l'Autohémothérapie nous apprend que cette méthode a été utilisée dans les maladies les plus diverses. Si elle trouve ses indications les plus nombreuses en dermatologie, elle n'en a pas moins servi à la thérapeutique de nombreux cas de médecine générale. Nous allons passer rapidement ces derniers en revue, puis nous passerons à l'étude de son application dans les dermatoses et dans quelques cas de maladies vénériennes.

Ramond considérait l'autohémothérapie comme un traitement héroïque des hémoptysies chez les tuberculeux et enregistra quelques résultats assez heureux.

Tour à tour, les syndrômes hémorragiques, tels que l'hémophilie, le purpura, bénéficièrent de son action entre les mains de P.-E. Weill.

Ramond et Goubert l'utilisaient pour le traitement des épileptiques et des typhiques. A Lyon, M. le Professeur Mouriquand y soumit des cas d'affections à

forme trainante, parmi lesquelles l'encéphalite épidémique à sa phase subaiguë, la maladie de Schoenleïn, des anémies cryptogénétiques. Enfin, les affections rhumatismales banales recevaient une thérapeutique semblable. Brodin, Lesné et Saint-Girons (1) s'en servirent aussi dans des cas de grippe, mais ils n'utilisaient que le plasma sanguin, à des doses variant entre 100 et 200 centimètres cubes. Dans la pneumonie, l'autohémothérapie reste inopérante, la fièvre seule paraît légèrement influencée. M. le Docteur A. Dufourt l'a utilisée, paraît-il, avec succès, dans certains cas de coqueluche. Mieux étudiées et surtout plus fréquentes sont les indications du traitement sanguin en dermatologie. On peut dire que, dans cette branche de la médecine, presque toutes les maladies ont sollicité son secours.

Les eczémas des nourrissons, de l'adulte, vésiculeux simples ou papulo-vésiculeux d'origine interne, y sont fréquemment soumis. De même, pour les prurigos diathésiques, les strophulus de l'enfance et le prurigo de Hébra. L'eczéma séborrhéique paraît être un peu délaissé, en raison des médiocres résultats obtenus. On soumet aussi à la thérapeutique sanguine les dermites aiguës professionnelles, mais elles ne semblent pas constituer une indication de choix. Au contraire, le prurit violent de quelques plaques de névrodermite avec lichénification, s'améliore par les injections sanguines. Il en est de même pour quelques cas de maladies de Duhring-Brocq. Quant au lichen plan de Wil-

(1) Brodin, Lesné et Saint-Girons, Autoplasmothérapie dans la grippe. (*C. R. de la Société de Biologie*, 15-III-1919), p. 423.)

son, il reste opiniâtement rebelle à cette méthode, soit qu'il soit récent, soit qu'il date de plusieurs mois.

En vénéréologie, l'autohémothérapie rencontre parfois des applications : tels sont les bubons chancrelleux, dont trois cas furent guéris à la Clinique par des injections de sang. La blennorragie, et surtout ses complications articulaires, ont suscité aussi leur emploi, sans résultat complet, les phénomènes douloureux seuls ayant paru céder, alors que les symptômes locaux ne s'amendaient pas; mêmes observations, en ce qui concerne l'orchite blennorragique. La Lymphogranulomatose (maladie de Nicolas et Favre) n'a retiré aucun bienfait du traitement qui fut essayé par deux fois à la Clinique.

Nous en arrivons à l'indication de l'autohémothérapie dans les affections cutanées à staphylocoques. Et la furonculose revendique pour elle les résultats les plus remarquables que nous ayons obtenus ; ou peut en dire autant pour l'anthrax. Mais ne nous hâtons pas, car *toutes les furunculoses* ne donnent pas des succès aussi brillants. Aussi, nous proposons-nous de décrire ce que nous entendons par furonculose *vraie*, typique, celle qui guérit régulièrement par les injections sanguines.

D'abord, nous envisageons la furonculose généralisée, à gros éléments, et non le furoncle unique ou même deux ou trois furoncles peu évolutifs. Ajoutons que, plus la furonculose est aiguë, récente, meilleurs et plus rapides sont les résultats. C'est avec elle que l'on a des guérisons rapides, complètes et définitives.

Il ne faut pas non plus que cette furonculose soit du

type sycosiforme, présentant seulement de petites lésions folliculaires, analogues à des pustules d'impétigo de Bockart, anormalement développées. Ces cas-là ne répondent pas au genre de furonculose décrit ci-dessus. D'ailleurs, disons de suite que le sycosis microbien de la barbe, de la moustache, guérit très mal et en tous cas lentement par l'autohémothérapie, bien qu'on ait à faire là à une staphylococcie cutanée.

Enfin, mais réagissant mieux cependant que la forme précédente, des furonculoses parfois même fort étendues et se développant en tant qu'infection secondaire sur des lésions d'eczéma, ne s'améliorent que lentement; parfois même on n'en obtient pas la guérison. Il en est également ainsi pour les furoncles de conduit auditif, qui nous ont donné plusieurs échecs. Ces notions sont importantes, et les méconnaître serait s'exposer à des déboires. Il est certain que les déceptions éprouvées par plusieurs auteurs dans le traitement de la furonculose par l'autohémothérapie, tiennent à une connaissance imparfaite de ces faits.

Tout récemment M. le Professeur Spillmann, de Nancy, vient de traiter avec succès plusieurs cas de zona par l'autohémothérapie.

CHAPITRE III

OBSERVATION I

H..., 59 ans. — Prurigo diathésique, ferox, datant de trois mois et demi. Echec des traitements ordinaires. Autohémothérapie et guérison par 10 injections. Pas de réaction générale ou locale.

OBSERVATION II

P..., 39 ans. — Tabétique : prurit remontant à trois mois et demi avec apparition secondaire de papules de prurigo, rebelles à tous les traitements. Guérison rapide par l'Autohémothérapie (5 injections).

OBSERVATION III

J..., 38 ans. — Prurigo chronique ayant débuté à l'âge de sept ans. Autohémothérapie. Guérison par quatre injections. Violentes douleurs lombaires après chaque injection.

OBSERVATION IV

C..., 67 ans. — Prurigo datant de trois mois avec violentes exaspérations nocturnes du prurit. Nombreux éléments disséminés sur tous les téguments, avec prédominance aux bras et membres inférieurs. Soumis de suite au traitement sanguin. Amélioration notable au bout de la 5^e injection. On cesse le traitement, le malade n'ayant pas été revu.

OBSERVATION V

M... André, 4 ans 1/2. — Prurigo de Hébra. Lésions abondantes, très confluentes par places, ayant débuté un an auparavant. Prurit violent avec prédominance nocturne. On note quelques ganglions axillaires et inguinaux. A la face, les lésions sont eczématisées, suintantes et croûteuses, du type eczéma séborrhéique. Autohémothérapie. Amélioration presque immédiate de l'état général après la deuxième injection. Après la sixième, les lésions locales restant stationnaires, le traitement est abandonné.

OBSERVATION VI

P... Jean, 19 ans. — Prurigo de Hébra datant de 10 ans, présentant des recrudescences pendant la saison chaude.

On relève des erreurs d'alimentation dans le jeune âge, qui paraissent avoir conditionné la dermatose. Grippe, il y a deux ans. Pleurésie en 1921. Actuellement, bon état général. Les lésions de prurigo sont généralisées et s'accompagnent de lichénification secondaire. Prurit intense surtout la nuit ; pas de ganglions. Autohémothérapie (10 injections) : échec complet. Le prurit a été légèrement amélioré après la 4^e injection pour reprendre ensuite avec plus de violence. Arrêt du traitement. Une médication arsenicale instituée, n'a pas eu plus de résultat.

OBSERVATION VII

(Due à l'obligeance de M. le Docteur DUPASQUIER)

G... J., 50 ans, sage-femme. — Prurigo très aigu à forme eczématoïde, avec zones de lichénification au niveau de la nuque. Prurit très marqué. L'éruption date de quinze jours seulement et s'est étendue rapidement. Toutefois, depuis des années, la malade souffrait de démangeaisons au niveau de la face interne des cuisses, mais sans qu'on ait jamais observé de lésions. Constipation opiniâtre et ancienne. Ni sucre, ni albumine. Autohémothérapie. Après la première injection, la malade éprouve un calme profond et la nuit suivante est bonne. Puis le prurit reprend. Cependant les téguments se sont modifiés et l'état congestif des lésions a sensiblement diminué.

On pratique encore trois injections. Amélioration considérable du prurit et disparition totale des lésions. Trois mois après la malade est revue parfaitement guérie.

OBSERVATION VIII

B..., 27 ans. Prurigo au cours de la grossesse. La malade présente des éléments de tout âge, avec zones hyperchromiques situées aux membres inférieurs. Les lésions ont débuté il y a 17 mois à la suite de la naissance d'un troisième enfant ; rien à signaler au cours des deux grossesses antérieures. Ces lésions sont rebelles à tout traitement et vont en s'aggravant de plus en plus. Autohémothérapie (8 injections). L'amélioration se manifeste considérable après la sixième injection. Après la 8^e, la malade quitte le service, guérie.

OBSERVATION IX

(Due à l'obligeance de M. le Docteur GATÉ)

F..., 55 ans. — Névrodermites multiples aggravées antérieurement par un séjour à Uriage. Il y a quelques années, le malade a subi un traitement par les Rayons X, qui a déterminé une radiodermite douloureuse, non ulcérée mais persistante. Autohémothérapie sans résultat.

OBSERVATION X

H..., 30 ans. — Prurit ano-périnéal ; pas d'hémorroïdes ni d'oxyurase. Rien dans les urines. Pas de spécificité. L'autohémothérapie faite à la Bourboule et combinée à la douche filiforme, amène une grosse amélioration.

OBSERVATION XI

(Due à l'obligeance de M. le Docteur GATÉ)

Enfant, 8 ans. — Prurit avec lichnification des plis des coudes et des creux poplités. L'affection remonte à 4 ans et s'est montrée très rebelle aux traitements locaux ou généraux. Autohémothérapie. Amélioration manifeste des lésions après la première injection. L'enfant qui dormait mal du fait de son prurit, a maintenant des nuits calmes. Puis le prurit reprend sans cause appréciable ; on continue le traitement qui amène la guérison en 6 injections.

OBSERVATION XII

F... Jeanne, 42 ans. — Névrodermite avec lichénification. Lésions en placards de la nuque, des plis des coudes, des régions inguinales, de la fesse gauche et du jarret droit. Auto-hémothérapie et guérison complète en 10 injections. En cours de traitement la malade a présenté une forte réaction articulaire qui s'est rapidement dissipée.

OBSERVATION XIII

(Due à l'obligeance de M. le Docteur PILLON)

Enfant, 5 ans. — Dermatite polymorphe de Duhring-Brocq ayant récidivé à plusieurs reprises. Poussée aiguë guérie par l'autohémothérapie en 5 injections. A la suite de chacune d'elles, apparition d'une poussée fébrile.

OBSERVATION XIV

Enfant, 11 ans. — Dermatite polymorphe douloureuse de Duhring-Brocq. Poussée aiguë guérie par une série de trois injections. Ce malade n'a présenté aucune poussée thermique en cours de traitement, par opposition avec le précédent.

OBSERVATION XV

G... Claude, 73 ans. — Dermatite polymorphe de Duhring-Brocq ayant débuté un mois auparavant par les plis inguinaux, et qui s'étendit bientôt sur la face interne des cuisses. Pas de troubles digestifs ; l'état général est demeuré excellent.

Le début s'est fait par des taches érythémateuses, sur lesquelles se développèrent rapidement des bulles de volume différent, les plus grosses atteignant celui d'un œuf de poule. Puis d'autres apparurent bientôt en peau saine.

Au moment où nous examinons le malade, l'éruption est généralisée, très confluyente, à prédominance bulleuse ; la fragilité de l'épiderme est extrême et on détermine l'apparition de soulèvements épidermiques par le moindre contact. Pas de prurit. Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine. Autohémothérapie. Six injections restent sans résultat. Le traitement est abandonné.

OBSERVATION XVI

(Due à l'obligeance de M. le Docteur DUPASQUIER)

S... Pierre, 22 ans. — Pemphigus congénital à kystes épidermiques. L'affection dont ce malade est porteur s'est manifestée dès l'âge de 15 jours par l'apparition de petites bulles au niveau des mains et des pieds.

Son enfance a été entrecoupée de nombreuses maladies (scarlatine, typhoïde). L'éruption bulleuse n'a jamais cessé d'exister depuis la date indiquée, accrue par le moindre choc, la moindre pression, sauf cependant durant la période de la scarlatine dont souffrit le malade à l'âge de 20 mois ; elle disparut alors complètement. L'examen dénote des lésions cicatricielles, quelques petits kystes épidermiques, une peau fine et luisante en pelure d'oignon, facile à plisser et une quantité considérable de bulles en activité. Aucune lésion au niveau des muqueuses. L'état général est resté bon. Pas de dysthyroïdie, les organes génitaux sont normaux. Autohémothérapie : aucun résultat. (Nous n'avons pu retrouver le nombre des injections pratiquées.)

OBSERVATION XVII

P... Marguerite, 26 ans. — Urticaire chronique. La malade souffre depuis de longues années de troubles digestifs : terrain névropathique accusé, constipation opiniâtre. Depuis 8 mois elle présente des poussées successives d'urticaire se produisant très régulièrement à 10 heures du soir et vers 5 heures du matin. Des lésions apparaissent, extrêmement prurigineuses, et disparaissent sans le secours d'aucun traitement. La malade interrogée n'a rien relevé dans son alimentation qui puisse être invoqué comme cause de son éruption. Autohémothérapie (20 injectons). L'amélioration s'établit lentement ; peu à peu le prurit disparaît, les poussées éruptives se font de plus en plus rares. La malade est guérie au bout d'un mois et demi.

OBSERVATION XVIII

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Agrégé FAVRE)

H... 45 ans. — Malade souffrant depuis plusieurs années d'une sysidrose à poussées successives et à gros éléments, localisée à la plante des pieds et à la paume des mains, occasionnant un prurit des plus vifs et laissant à sa suite une abondante desquamation. Devant l'insuccès des traitements locaux habituels, M. le Docteur Favre institue l'autohémothérapie chez son malade, dont il voit disparaître les lésions au bout d'une série de cinq injections. Elles n'ont pas reparu depuis.

OBSERVATION XIX

(Due à l'obligeance de M. le Docteur GATÉ)

F..., 28 ans. — Eczéma papulo-vésiculeux discret à localisations diffuses remontant à plusieurs mois. Autohémothérapie sans résultat mais sans incident et sans aggravation. Un

traitement par le cacodylate de soude à haute dose, par voie intraveineuse est restée aussi inefficace. Un séjour à Saint-Gervais améliore le malade sans le guérir.

OBSERVATION XX

M., Lucien, 13 ans. — Eczéma séborrhéique. Les lésions datent de l'enfance et ont débuté dans les sillons rétro-auriculaires. Actuellement, elles sont généralisées, sont le siège d'un suintement abondant et d'un violent prurit. Il existe des traces de grattage, de l'infection secondaire, des pustules de pyodermite. L'état général est bon ; pas de troubles digestifs. La palpation révèle l'existence de ganglions inguinaux tuméfiés et douloureux. Autohémothérapie. Une amélioration générale semble se manifester après la 4^e injection, mais elle n'est que passagère. Le prurit réapparaît bientôt sur les bras ainsi qu'à la face interne des cuisses. On cesse le traitement après treize injection, les lésions ayant repris leur aspect primitif, et restant stationnaire après plusieurs jours d'observation.

OBSERVATION XXI

(Due à l'obligeance de M. le Docteur GATÉ)

F., 35 ans. — Eczéma séborrhéique du cuir chevelu et des sillons rétro-auriculaires avec tendance à la diffusion. Autohémothérapie. Grosse amélioration après la 1^{re} injection : disparition presque totale des lésions. Le lendemain, on note à nouveau une poussée des plus violentes sur laquelle le traitement n'a plus aucune prise. Un séjour à Saint-Gervais améliore momentanément le malade.

OBSERVATION XXII

L... Aimée, 6 ans. — Eczéma séborrhéique dantant de deux ans, localisé au cuir chevelu, aux ailes du nez, aux sillons rétro-auriculaires. Un traitement local fait aux Chazeaux, dans le service de M. le Docteur Bonnet, améliore temporairement la petite malade. Puis les lésions reprennent leur intensité ; le prurit redevient violent et on remarque la présence de très gros ganglions douloureux sous-angulo-maxillaires. Authémothérapie. Poussée nouvelle très aiguë après la quatrième injection sur des zones tégumentaires jusque-là intactes. On cesse le traitement.

OBSERVATION XXIII

G... Jeanne, 30 ans. — Eczéma papulo-vésiculeux, nummulaire, trichophytoïde des mains, datant de deux ans, avec poussées généralisées à répétition, s'accompagnant de fièvre (39°).

Actuellement, poussée très légère du visage, des épaules, des bras et des mains. Authémothérapie (7 injections). Le visage et les épaules sont guéris, les bras et les mains sont très améliorés.

OBSERVATION XXIV

(Due à l'obligeance de M. le Docteur DUPASQUIER)

F..., 32 ans. — Eczéma papulo-vésiculeux ancien avec lichénification généralisée. La malade a été soignée jadis à la Clinique pour son éruption et s'en est allée améliorée.

La poussée actuelle remonte à trois mois et s'accompagne d'un prurit violent à exagération nocturne. Les lésions sont disséminées sur toute la surface des téguments. Autohémothérapie.

6-1-23. — 1^{re} injection (10 cc.). Dès après elle, le prurit diminue sensiblement. Après la 5^e, l'amélioration persiste. Après la 6^e, on note une légère reprise du prurit, mais une amélioration notable du visage qui est le siège d'une nouvelle poussée après la 8^e injection. On pousse le traitement jusqu'à 12 injections. Le prurit a repris, intense, et les lésions ont reparu comme avant le début du traitement que l'on cesse.

OBSERVATION XXV

M... Alexandrine, 40 ans. — Hidrosadénite bilatérale, volumineuse surtout à droite ; la malade souffre beaucoup et la palpation des régions axillaires exaspère les douleurs. Il n'y a pas encore de suppuration. Autohémothérapie (6 injections) : guérison.

OBSERVATION XXVI (1)

J... Claudine, 27 ans. — Hidrosadénite de l'aisselle droite durant depuis 4 ans. Un gros abcès très fluctuant siège à ce niveau. La douleur est très accusée. Autohémothérapie. Elle cesse après la 3^e injection, les lésions s'affaissent et la fluctuation disparaît. Après la 6^e injection, l'état local est excellent. Guérison.

OBSERVATION XXVII

C... Rose, 40 ans. — La malade entre à la Clinique de l'Antiquaille pour une poussée de furonculose durant depuis un mois et demi. La cuisse et la fesse droite sont parsemées de furoncles, à divers stades de leur évolution. Au niveau de la

(1) On retrouvera dans la thèse de *Fauvet* (loc.cit.), un cas d'hidrosadénite, guéri par l'Autohémothérapie.

face interne de la cuisse gauche, existe un placard anthracôïde très douloureux.

On ne trouve pas de sucre dans les urines.

La malade a déjà été soumise à des thérapeutiques variées. (Sels d'étain, staphylase, immunizols Grémy et, en dernier lieu, traitement local par l'eau d'Alibour et la pommade jaune.) On la soumet alors à l'autohémothérapie. En cours de traitement, de nouveaux furoncles (ou plus exactement de grosses folliculites) ont apparu, mais semblent avoir été épuisés dès leur naissance.

En trois semaines environ, après une série de douze injections, la malade était parfaitement guérie. Revue un an plus tard, il en était de même.

OBSERVATION XXVIII

X..., étudiant, 27 ans. — Souffre depuis six mois d'une furonculose du cou à poussées fréquentes, s'accompagnant de nombreux points de folliculite. On pratique 5 injections : tous les furoncles disparaissent ; seules, quelques folliculites subsistent.

OBSERVATION XXIX

F..., 35 ans. — Impétigo rétro-auriculaire. Ecthyma de l'épaule droite. Furonculose du flanc droit. Autohémothérapie (trois injections) : guérison.

OBSERVATION XXX

H..., 45 ans. — Furonculose du bras droit consécutive à une piqûre infectée. Seize injections au total et guérison.

OBSERVATION XXXI

(Due à l'obligeance de M. le Docteur PILLON)

H..., 37 ans. — Furonculose de la nuque datant de trois mois, vainement traitée auparavant (antisepsie locale, stannoxyl, stock-vaccin). Cinq injections de son propre sang : guérison.

OBSERVATION XXXII

H..., 33 ans. — Furonculose du cou. Echec complet des sels d'étain en pansements locaux. Trois injections de sang amènent une guérison apparente. Huit jours plus tard, réapparition d'un nouveau furoncle. Le traitement a été interrompu trop tôt ; on le reprend et l'on fait cinq nouvelles injections. Guérison se maintenant six mois plus tard.

OBSERVATION XXXII

(Due à l'obligeance de M. le Professeur NICOLAS et de M. le Docteur DUPASQUIER)

Mme T..., 45 ans. — Anthrax. Furonculose remontant à trois mois et soignée en vain par divers traitements. Un anthrax volumineux apparaît dans la région lombaire à gauche. On institue le traitement autohématique et on fait des applications locales d'alcool ichtyolé. On obtient à la troisième injection une très grosse amélioration. Peu de jours après, le bourbillon s'est éliminé, l'anthrax très diminué est presque cicatrisé et toute douleur a disparu. On fait une quatrième injection de sang. La malade guérit rapidement sans autre traitement.

OBSERVATION XXXIV

D... Eugène, 57 ans. — Admis à l'hôpital pour une furonculose du dos à forme anthracoïde, ayant débuté dix-huit mois auparavant. Depuis cette date, les furoncles se sont succédés pour ainsi dire sans interruption, malgré les nombreux traitements suivis (stock-vaccin, staphylase, levure de bière) sans parler de tous les traitements locaux.

A l'examen, on constate :

1° Sur les membres inférieurs et les avant-bras, de très nombreuses et très vastes cicatrices, mais aucun élément en évolution ;

2° Par contre, au niveau du dos, on observe des éléments furonculeux en pleine activité.

Dans la moitié droite du dos, on trouve un élément croûteux, puis deux furoncles commençant à éliminer leur bourbillon ; dans la région lombaire, un volumineux anthrax, saillant comme une demi-mandarine, ouvert et laissant voir un vaste bourbillon ; sur le flanc du même côté, une grande ulcération creusée.

Dans la moitié gauche du dos existe un autre anthrax, d'un volume moindre que le précédent ; enfin au-dessous, une lésion croûteuse.

Il n'y a ni sucre ni albumine dans les urines ; on institue le traitement sanguin.

18-2-22. 1^{re} injection (10 cc.).

20-2-22. 2^e injection (10 cc.).

24-2-22. 3^e injection (10 cc.).

Depuis le début du traitement, aucun furoncle nouveau n'est apparu. Les lésions bourgeonnantes s'affaissent et diminuent rapidement. Les lésions ulcéreuses se sont comblées. Quant aux anthrax, ils ont subi une régression considérable ; l'inflammation périphérique également.

27-2-22. 4^e injection (10 cc.). Depuis la dernière injection, les résultats obtenus sont surprenants. Les lésions bourgeonnantes sont à peu près cicatrisées, et les éléments anthracoïdes ayant expulsé leur bourbillon ne sont plus représentés

que par des ulcérations insignifiantes. L'état général est bien meilleur ; le malade « *se sent plus fort et plus en train* ».

1-3-22. 6° injection (10 cc.).

3-3-22. 7° injection (10 cc.).

6-3-22. 8° injection (10 cc.).

8-3-22. Toutes les lésions sont guéries. Il ne persiste qu'un peu de tissu bourgeonnant au niveau du gros anthrax de la région lombaire droite. On suspend le traitement.

14-3-22. Jusqu'à ce jour, aucun événement nouveau. Quarante-huit heures après, un nouveau furoncle apparaît au niveau de la pointe de l'omoplate gauche, ainsi qu'une folliculite à droite, symétriquement. On reprend le traitement : 9° injection.

17-3-22. 10° injection. La folliculite est déesséchée et le furoncle très amélioré.

20-3-22. 11° injection. Le furoncle est à peu près guéri.

22-3-22. Nouveau point de folliculite sur l'avant-bras gauche : 12° injection.

24-3-22. 13° injection. Toute lésion a disparu. Le malade paraît guéri. On pousse le traitement jusqu'à la dix-septième injection. Six mois plus tard, le malade est revu : il va tout à fait bien et n'a repris aucun furoncle.

OBSERVATION XXXV

(Due à l'obligeance de M. le Docteur GATÉ)

H..., 50 ans. — Furonculose de la nuque et de la ceinture datant de six mois et ayant résisté aux traitements habituels. Trois gros furoncles sont en évolution dont deux ouverts et suppurant, mais n'ayant pas encore éliminé leur bourbillon. Les injections de sang sont pratiquées au nombre de huit ; elles font disparaître toute trace de furonculose et d'emblée, font céder les phénomènes douloureux.

OBSERVATION XXXVI

Mme B., 34 ans, repasseuse. — Dermite eczématiforme très étendue et prurigineuse. Consécutivement, apparaissent une poussée de furonculose et une hidrosadénite bilatérale. Auto-hémothérapie.

28-1-23. La 1^{re} injection détermine de la lipothymie, la malade étant très émotive.

5-2-23. Après la 2^e injection faite sans incident, les furoncles régressent, mais l'hidrosadénite reste stationnaire.

9-2-23. A la suite de la 3^e injection cette dernière s'améliore ; apparition d'une nouvelle poussée de furoncles plus petits que les précédents. 4^e injection.

14-2-23. Deux petits furoncles nouveaux. Guérison de l'hidrosadénite : 6^e injection.

12-2-23. Un nouveau furoncle est apparu ; 5^e injection.

17-2-23. Les furoncles ont disparu à leur tour. 7^e injection.

Dans ce cas, l'hidrosadénite a guéri rapidement, mais les furoncles ont présenté plus de ténacité.

OBSERVATION XXXVII

M... Henri, 33 ans, employé à l'O. T. L. — Sycosis furonculoïde de la barbe, avec quelques éléments disséminés en peau glabre ; les lésions remontent à six mois. Elles ont débuté par des plaques rouges bientôt recouvertes de vésicules à contenu louche. Sur le cou, il existe un élément furonculaire typique. On met le malade à l'autohémothérapie. Le traitement est porté jusqu'à vingt injections, et l'on observe des alternatives d'amélioration et de rechute. Enfin la guérison arrive lentement au bout de six semaines environ.

OBSERVATION XXXVIII

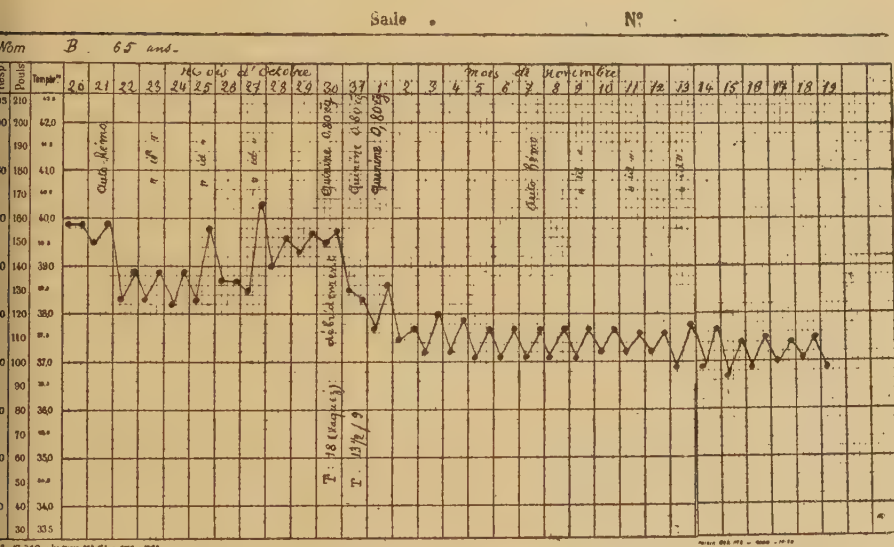
(Due à l'obligeance de M. le Docteur GATÉ)

B..., 65 ans. Malade vu à la fin d'octobre par M. le Docteur Gaté. Il présente une fesse droite constellée de furoncles, les uns en évolution, les autres déjà vidés de leur contenu, mais non encore cicatrisés. Il existe une grosse infiltration œdémateuse de la région, qui paraît comme blindée. Cette poussée de furonculose remonte à deux mois. L'état général est mauvais. La température est à 40° ; les téguments et les muqueuses sont pâles. Le pouls est à 100, mais régulier et d'une amplitude normale. Rien au cœur ni aux poumons. Il n'y a ni sucre ni albumine. On entreprend l'autohémothérapie et l'on fait, à deux jours d'intervalle, quatre injections de 10 cc. de sang. Le résultat est manifeste en ce qui concerne les furoncles. Ceux qui évoluaient se cicatrisent rapidement. Toutefois, il persiste une grosse ulcération cratériforme, correspondant à un furoncle d'aspect anthracôïde et présentant encore un énorme bourbillon adhérent. Par contre, l'état général reste sérieux. La fièvre se maintient entre 39°5 et 40°, le pouls est toujours rapide, la langue très saburrale et le facies du malade rappelle celui d'un intoxiqué. De plus, on assiste au point où a été faite la dernière prise de sang à l'apparition d'une zone inflammatoire, œdémateuse, dure et douloureuse, bien qu'il n'y ait à invoquer aucune faute de technique, et que cet incident n'ait jamais été relevé encore dans nos observations. Il existe aussi des douleurs provoquées et spontanées au niveau des muscles du mollet, sans œdème ni cordon de phlébite ; de même les mouvements de l'épaule droite sont diminués en raison des phénomènes douloureux dont elle est le siège. On note de plus une angine légère, ainsi qu'une poussée de périostite au niveau d'une dent, alors en traitement. Devant ce tableau, on pense de suite à une septicémie staphylococcique ou à une toxhémie.

Une hémoculture, pratiquée en pleine poussée fébrile reste stérile. Devant la faiblesse du malade et les symptômes alarmants qu'il présente, on cesse l'autohémothérapie avec l'assentiment de M. le Professeur Mouriquand et de M. le Professeur Agrégé Leriche.

La Thérapeutique instituée comporte alors pendant quelques jours des toniques et de la quinine à forte dose : 0,80 cg. pendant trois jours de suite ; ce dernier médicament paraît déclancher une baisse de la courbe thermique qui évolue maintenant autour de 38°5.

Au point de vue local, après avoir essayé les pansements humides, on fait trois pulvérisations de 10' à l'eau oxygénée diluée et des pansements au vin aromatique dédoublé, car le furoncle anthracôïde persiste ainsi que la zone inflammatoire périphérique. Dans les jours qui suivent, la température



son voisinage une floraison de folliculites à type de pyodermites. De plus, le blindage du début se reforme. MM. Mouriquand et Leriche, d'accord avec M. le Docteur Gaté, décident de reprendre l'autohémothérapie et l'on fait sept injections. La fièvre est de nouveau jugulée ; l'ulcération cratériforme se comble et les folliculites disparaissent.

L'état général s'affirme meilleur de jour en jour. La fièvre est tombée à 37° le matin et 37°5 le soir. Le pouls se régularise à 72. Actuellement le malade est en voie de complet rétablissement.

Cette longue observation présente à considérer quelques points intéressants, à savoir : *l'efficacité indiscutable qu'a eu l'autohémothérapie sur l'élément furoncle, et son inefficacité totale sur le processus toxique.*

De plus, la première série d'injection fut suspendue trop tôt, et la furunculose apparut de nouveau ; la reprise du traitement eut une efficacité plus lente.

La plupart des observations que nous venons de relater ont été recueillies par nous à la Clinique de l'Antiquaille ; d'autres nous sont personnelles, et concernent des malades divers que nous avons eu l'occasion de traiter pendant notre séjour dans le service de M. le Professeur Nicolas.

CHAPITRE IV

Etude clinique tirée des Observations.

En quelques mots, nous avons l'intention de tirer la conclusion pratique des observations qui précèdent. cèdent.

Les prurigos paraissent constituer un groupe de lésions qu'on peut soumettre à l'autohémothérapie avec bien des chances de succès. Si les lésions elles-mêmes ne disparaissent pas toujours, on arrive du moins, et dans presque tous les cas, à améliorer, sinon à juguler, le prurit effrayant dont souffre cette catégorie de malades. Ce n'est pas un maigre avantage et ceux-ci savent le reconnaître.

Les névrodermites, bien que l'observation VIII relate la guérison d'un malade, sont peut-être moins aisément influencées par les injections sanguines. Il ne faut pas toujours escompter le succès dans ces cas

et il nous souvient de certains malades, dont l'observation d'ailleurs ne figure pas ici, auxquels nous ne pûmes procurer aucun soulagement.

A l'encontre des pemphigus (Observation XII), dont rien ne saurait enrayer la fatale évolution, les dermatites de Duhring nous ont fourni les deux succès dont font foi les observations IX et X. Mais, les faits rapportés dans l'observation XI ne nous autorisent pas à généraliser, et l'autohémothérapie ne peut être considérée comme une bonne arme thérapeutique contre les dermatoses bulbeuses.

L'urticaire (Obs. XIV), la dysidrose (Obs. XV), paraissent obéir aux mêmes lois. Si le prurit du premier est souvent dissipé par les injections de sang, les éléments vésiculeux du second réagissent rarement dans le sens de la guérison. Et bien des malades porteurs d'un urticaire chronique ou de lésions dysidrosiques les ont conservés après des séries d'injections parfois fort longues. Les cas de guérison relatés nous paraissent constituer des exceptions.

Vient ensuite tout le groupe des eczémas et des dermatites eczématiformes. De suite, disons que l'eczéma séborrhéique, d'après tous les cas qu'il nous a été donné d'observer, ne doit pas être une indication de l'autohémothérapie; si elle l'améliore de temps à autre, elle ne le guérit jamais. Il en est presque de même des eczémas papulovésiculeux diathésiques; l'observation XXIII est un des rares cas de guérison que nous ayons pu observer.

En somme, l'autohémothérapie a des effets très inégaux sur la plupart des dermatoses. Nous dirons

même qu'il n'existe pas de repères bien précis et surtout confirmés, qui puissent indiquer son emploi dans une maladie plutôt que dans une autre; il existe cependant d'heureuses exceptions.

En effet, il en va très différemment, si nous nous reportons aux observations XXV et suivantes. Les staphylococcies cutanées sont vraiment le triomphe de la thérapeutique sanguine.

L'hidrosadénite, l'anthrax, la furonculose vraie nous ont donné de merveilleux résultats; signes fonctionnels, signes objectifs disparaissent comme par enchantement dès que le sujet a reçu quelques injections de son propre sang; et actuellement nous ne comptons plus les guérisons obtenues. Les observations se font chaque jour plus nombreuses, et l'on ne saurait trop préconiser cette méthode si simple, pour traiter et guérir des lésions parfois si rebelles aux thérapeutiques habituelles.

CHAPITRE V

Conduite du Traitement.

En 1913, M. Ravaut (1), reprenant les travaux de Spiethof (2) sur l'autosérothérapie, eut l'idée d'injecter au malade non plus seulement son sérum, mais son sang complet. Et dans ses premiers essais, il pensait qu'il était bon d'injecter quotidiennement au malade une dose de 20 à 25 cc. de son sang.

Depuis cette époque, la question de l'autohémothérapie très liée à celle de la protéinothérapie, a été l'objet de recherches nombreuses. Quoi qu'il en soit, à l'heure actuelle, nous sommes encore mal fixés sur son compte, et nous ignorons presque tout, des modifications intimes du milieu humoral dont elle peut être rendue responsable. Aussi, en sommes-nous encore à tâtonner et nous est-il impossible de fixer de

(1) Ravaut. *Annales de Dermat. et de Syphiligraphie*. (Mai 1913.)

(2) Spiethof. *Loc. cit.*

façon définitive et logique, les règles de son application. Le hasard et l'observation des faits cliniques, les réactions diverses des sujets, nous ont seuls permis d'édicter les principes suivants.

I. ET D'ABORD QUELLES DOSES FAUT-IL EMPLOYER ?

Diffèrent-elles avec les dermatoses que l'on traite et doit-on les modifier suivant l'âge des sujets ?

Enfin, y a-t-il des doses dangereuses ?

Nous pourrions dire, encore que cette affirmation ne soit guère fondée que la dose idéale est de 10 cc. chez l'adulte bien entendu. Nous avons été jusqu'à faire 15 et 20 cc. à certains malades dont les lésions n'ont pas disparu plus vite pour autant. Par contre, nous en avons systématiquement soumis certains autres, à des séries dont chaque injection ne dépassait pas 5 à 7 cc. Et nous pouvons assurer que les résultats thérapeutiques ont été aussi bons, aussi rapides, que chez les sujets soumis aux doses habituelles de 10 cc. C'est pour ces raisons que nous avons donné comme type, cette dernière dose et cela quelle que soit la dermatose soumise à l'autohémothérapie. Ces faits, fruits de nos observations personnelles, soulignent assez combien sont mystérieux encore les résultats de l'introduction des albumines étrangères dans l'organisme.

Malgré tout, il est absolument certain qu'on ne doit pas, chez l'enfant, utiliser des doses aussi fortes. Dans le chapitre I, nous avons écrit qu'il était courant, à la Clinique Dermatologique, de leur injecter seulement

2 cc. de leur sang et cette méthode nous a donné presque toujours d'excellents résultats. Exceptionnellement, chez des enfants de 2 à 10 ans, dont l'état général était intact, il nous est arrivé de pratiquer des injections de 4 à 6 cc., sans dommage aucun pour le sujet. Il est pourtant bon d'être prudent à cet égard, et nous ne pensons pas qu'il soit à conseiller en règle générale, d'injecter aux enfants des doses supérieures à 5 cc. Dépasser chez eux ce chiffre pourrait être dangereux; alors que, chez l'adulte, nous ne croyons pas qu'il existe de doses nocives entre 10 et 20 cc.

II. FRÉQUENCE DES INJECTIONS

Nous avons coutume de pratiquer des injections tous les deux jours, parfois tous les trois ou quatre, seulement. A ce sujet, il est impossible de donner une règle absolue, la fréquence des injections dépendant essentiellement du sujet qui les reçoit et surtout des réactions qu'il présente. Ce n'est qu'au bout de quelques jours d'étude du malade que l'on pourra établir chez lui, rationnellement, la fréquence des injections qu'il doit recevoir.

Déterminer la limite de protection conférée par l'injection, et pratiquer la suivante avant que cette limite ne soit atteinte, telle nous paraît être en définitive la règle à observer (1), suivant la formule qu'ont donnée MM. Gaté et Dupasquier, dans leur article du « Journal de Médecine de Lyon ».

(1) J. Gaté, D. Dupasquier. *Loc. cit.*

III. QUEL NOMBRE D'INJECTIONS DOIT-ON FAIRE ?

Telle est la question qui se pose, chaque fois qu'il nous arrive de soumettre un malade à l'autohémothérapie. Car si ce traitement nous a fourni souvent d'excellents résultats, il est des cas mal expliqués où il est demeuré inopérant; dans certains autres, il a nettement aggravé la dermatose. Nos observations nous ont démontré que le nombre des injections était d'une importance capitale, pour arriver à tirer de cette thérapeutique tout le bien que l'on peut en attendre. Suivant les diverses réactions qu'ils présentent, nous en sommes arrivés à classer les malades en plusieurs catégories, qu'il convient de passer en revue afin d'acquérir une notion aussi exacte que possible de la conduite d'un traitement sanguin.

Il est un premier groupe de malades, chez qui ce dernier donne les résultats les plus heureux. Ce sont ceux qui, torturés depuis des mois par un prurit incessant, ou souffrant d'une furonculose rebelle aux traitements courants, éprouvent un grand bien-être souvent dès le soir même de leur première injection. Le prurit des premiers a disparu soudainement; quant aux seconds, les vives douleurs que leur causaient leurs furoncles se sont subitement apaisées. Ces cas, heureusement assez fréquents, permettent au médecin d'envisager un pronostic favorable. Tout rentre dans l'ordre rapidement et les malades sont guéris au bout d'une quinzaine de jours, après une série de six à huit injections et sans aucun traitement local.

D'autres fois, le succès est moins rapide et l'amélioration bien plus lente. Elle se fait progressivement et chaque injection amène peu à peu la sédation des symptômes fonctionnels d'abord puis, enfin, la disparition des lésions. On a à faire dans ce groupe à des malades dont l'organisme présente des réactions paresseuses et au sujet desquels on aurait tort de se décourager et à coup sûr d'abandonner le traitement sanguin. La guérison est encore lointaine, mais elle aura lieu; il sera bon d'en avertir le malade qui se soumet parfois difficilement aux séries de 25, 30 injections, et même davantage, que nécessite la disparition de sa dermatose. Nous avons encore le souvenir d'un cas d'urticaire chronique, traité par M. le Docteur Dupasquier et qui en reçut plus de 25; mais la guérison s'ensuivit, dépassant toute espérance.

Les deux groupes de malades que nous venons d'envisager, constituent l'ensemble des cas heureux.

Mais il en est d'autres, moins favorables, qui viennent corroborer ce que nous avançons au début de ce chapitre, à savoir que l'autohémothérapie reste une thérapeutique bien peu connue encore dans ses modes de réaction. En effet, les malades qui composent la troisième catégorie, présentent, lorsqu'on les soumet au traitement sanguin, des réactions cliniques des plus curieuses. Ce sont, en général, des sujets atteints depuis longtemps de leur dermatose: prurigo, névrodermite, eczéma séborrhéique, etc. On commence le traitement qui détermine tout d'abord une amélioration

indiscutable. Le prurit diminue et tout porte à croire qu'on va triompher du mal.

La série des injections est donc poursuivie; mais l'on ne tarde pas à s'apercevoir que l'amélioration ne progresse plus: l'état du malade, quoique meilleur, reste stationnaire. On entre alors dans une phase plus ou moins longue où l'autohémothérapie devient inopérante; plus aucune modification. L'organisme paraît être arrivé à un « point mort » et ne réagit plus.

Ce fait acquiert l'importance d'un véritable critère, qu'il faut savoir respecter; persévérer devient une erreur. Loin d'améliorer le malade, les injections suivantes vont lui faire perdre le maigre bénéfice que lui ont conféré les premières; bien plus, elles vont l'aggraver. Le patient ne tarde pas à s'en apercevoir, et même à s'en plaindre, car les symptômes fonctionnels ont repris toute leur intensité; le prurit trouble à nouveau son sommeil et les lésions elles-mêmes réapparaissent, comme si elles avaient reçu un véritable coup de fouet. Ce tableau clinique ne laisse pas d'être des plus curieux. Nous l'avons souvent noté et nous n'avons pu nous défendre de mettre cette recrudescence des phénomènes morbides sur le compte de l'anaphylaxie. Au premier abord, on peut y penser et concevoir que le malade, après la période du « point mort », s'est trouvé sensibilisé du fait des injections précédemment reçues. Toutefois, il semble bien que cette hypothèse ne tienne pas à la réflexion, pas plus qu'à la lumière des faits bien connus aujourd'hui concernant l'anaphylaxie. En effet, les injections ont été pratiquées toutes les quarante-huit heu-

res et, dans le nombre, on cherche en vain celle qui a pu déchaîner la crise. De plus, le malade n'en a pas présenté les symptômes habituels.

Le fait précis qui ressort de ces développements est le suivant : ces phénomènes de réactivation lente doivent entraîner la suppression du traitement. Et il en est de même pour les malades chez lesquels une aggravation soudaine et violente de la dermatose, incontestablement due au traitement, survient parfois au lendemain même de la première injection.

Tous ces échecs tiennent sans doute à des contre-indications individuelles, dont le sens nous échappe, mais dont la connaissance serait des plus utiles pour éloigner de semblables sujets de cette thérapeutique et éviter ainsi au médecin un écueil toujours regrettable.

Viennent enfin toute une série de malades sur lesquels l'autohémothérapie n'a aucune espèce d'action. Elle ne leur procure aucune amélioration, mais ne leur cause aucun dommage. Leur dermatose évolue pour son propre compte, et au bout d'une douzaine de jours, après un essai infructueux de six à huit injections, alors que l'on n'aura constaté aucune modification, il conviendra d'utiliser chez ces sujets les traitements locaux habituels. Dans ce groupe, rentrent des malades atteints de n'importe quelle dermatose, furonculose exceptée. Les eczémas séborrhéiques, par exemple, nous ont semblé être le type le plus parfait de ces lésions inertes, qu'aucune série

d'injections si longtemps fut-elle prolongée, ne saurait améliorer. Le lichen plan de Wilson en est un autre; l'autohémothérapie n'a aucune prise sur lui.

Telle est dans son ensemble, et volontairement rendue schématique, l'idée que l'on peut se faire à l'heure actuelle de la conduite d'un traitement sanguin. Les types de malades sont en réalité suffisamment accusés pour qu'en pratique, on n'ait pas à redouter de méprises trop fréquentes. D'autre part, en ayant en mémoire la classification ci-dessus, il est assez facile, dans chaque cas particulier, d'envisager le pronostic qu'il comporte.

En règle générale, il sera bon, pour plusieurs raisons, d'accompagner le traitement interne de soins locaux. Cela satisfait le malade et il est bien évident que parfois ces derniers constituent un précieux adjuvant de l'autohémothérapie. Nous faisons cependant, sur ce point, une exception formelle en ce qui concerne la furonculose vraie, telle que nous l'avons décrite au chapitre des *Indications*. Systématiquement, nous avons soumis nos furonculeux à l'unique thérapeutique sanguine. Pas de pansements humides, pas de petites interventions chirurgicales, mais seulement des compresses de gazes, pour recouvrir les lésions souvent ouvertes et présentant d'abondantes suppurations. Et nous en sommes encore à attendre notre premier échec.

Il va sans dire, que dans certains cas où l'on aura reconnu comme point de départ d'une dermatose, une cause interne indiscutable, gastro-intestinale ou hé-

patique, il sera bon de prescrire au malade un régime approprié. Il faudra combattre la constipation, car la rétention stercorale est souvent une cause d'entretien des lésions cutanées. Enfin, l'abus du pain, des excitants tels que l'alcool, le thé, le café, les mets épicés, sera également proscrit.

En réunissant ces divers facteurs, une application prudente et raisonnée de l'autohémothérapie peut donner, dans bien des cas, des résultats qu'on n'aurait pu demander à la seule thérapeutique locale.

CHAPITRE VI

Accidents et Réactions cliniques.

Si l'on a pu par beaucoup de points, rapprocher les effets thérapeutiques de la lactothérapie de ceux qu'on obtient par le traitement sanguin, on ne saurait, en aucune façon comparer les réactions dues à ce dernier, aux véritables accidents observés parfois chez certains malades soumis aux injections de lait. Notre ami le Docteur Fanjoux (1) en rapporte dans sa thèse d'impressionnants. Un auteur allemand, Kaznelson (2), en signale aussi plusieurs cas. Voilà qui suffirait à coup sûr à faire accorder notre préférence aux injections d'auto-sang. L'autohémothérapie en effet, n'expose pas le malade traité à des accidents « graves » et en tout cas ne met pas sa vie en danger.

(1) Fanjoux. Traitement des érysypèles par les injections de lait. (Thèse, Lyon, mai 1923.)

(2) Kaznelson. *Loc. cit.*

Cependant, il est bon de passer en revue la série des accidents toujours assez bénins et des réactions cliniques auxquelles elle peut donner lieu. Nous envisagerons d'abord rapidement une série de faits que nous rangeons dans l'ordre des incidents, dits de technique. Si cette dernière a été scrupuleusement suivie, il est possible de les éviter. Inutile de dire que l'asepsie des instruments et des téguments est rigoureusement requise. Nous n'avons jamais eu d'abcès au point de réinjection ; parfois seulement un peu de rougeur et d'élévation de la température locale, qu'on ne saurait mettre sur le compte de l'infection, mais qui doivent être subordonnées à des réactions tissulaires locales. Pour des raisons de clarté, il nous a paru bon de diviser ce chapitre en deux parties distinctes. Nous parlerons d'abord des accidents immédiats, puis de ceux qui s'observent plus tardivement, dans les heures où les jours qui suivent l'injection.

A. — ACCIDENTS IMMÉDIATS. — Dans ce premier groupe, rentrent un certain nombre de malades pusillanimes, émotifs, généralement des femmes, qui sont pris au cours même de l'injection de vertiges et parfois même d'un état syncopal complet. Le facies devient pâle, le pouls petit, filant devient incomptable ; le tout s'accompagne parfois de pauses respiratoires, réalisant un tableau des plus émouvants et propre à effrayer l'entourage. Un traitement approprié et énergique fait disparaître ces accidents. D'autres fois, certains malades, déprimés, sont pris d'un malaise analogue avant que la ponction veineuse n'ait eu lieu, pré-

sentant ainsi « un véritable choc des plus impressionnant, consécutif à un acte ou à un geste thérapeutique ». Il ressort nettement de ces exemples que ce ne sont pas là accidents imputables à proprement parler à la thérapeutique sanguine : il s'est agi de syncopes banales, que toute autre cause aurait pu déclencher ; aussi, nous semble-t-il en toute justice qu'on doive en décharger l'autohémothérapie.

Le seul accident « *immédiat* » que l'on puisse vraiment lui attribuer, est constitué par une douleur quelquefois très vive ressentie par le malade au niveau de la fesse pendant que l'on pratique la réinjection, au point même qu'elle lui arrache des gémissements. Quelques-uns d'entre eux conservent dès cet instant, pour plusieurs jours, un peu de gêne à la marche et une douleur très supportable dans le membre inférieur.

B. — ACCIDENTS TARDIFS. — Ils se manifestent dans les deux premières heures qui suivent l'injection, parfois bien plus tard dans l'après-midi ou le soir même. Ils se traduisent par un peu de somnolence s'accompagnant de vertiges sans nausées et de quelques céphalées. D'autres sujets, sont envahis par une courbature générale qui disparaît au bout de quelques heures. Ces accidents ne sont jamais assez graves pour contraindre le malade à s'aliter ; tous ceux que nous avons traités et qui ont présenté ces malaises n'en ont pas moins pu continuer à vaquer à leurs occupations. Généralement, le traitement sanguin ne donne pas lieu à des élévations de température. Toutefois, un

petit malade âgé de cinq ans, soigné par M. le Docteur Pillon, pour une dermatite de Duhring (Obs. XIII), présentait, à la suite de chaque injection, une poussée fébrile allant de 37°9 à 39°. Des faits analogues ont été observés par MM. Moutier et Rachet (1) ; ces auteurs rapportent que leur malade présentait une petite élévation thermique vespérale, atteignant 38°.

Nous avons également observé d'autres particularités, que l'on peut cataloguer comme accidents et attribuer à coup sûr à l'autohémothérapie. Leur allure clinique un peu spéciale, le fait qu'on les relève couramment à la suite d'un traitement sérothérapique, nous ont incité à les qualifier de « *réactions du type sérique* ». Sans parler de la fièvre qu'on peut considérer comme telle, nous avons surtout en vue ici certains phénomènes d'aspect anaphylactique, survenant chez des malades en cours de traitement : arthralgie chez les uns, gonflements articulaires très douloureux avec œdème de la jambe chez d'autres, qui ne cédèrent que par la suppression du traitement. Quelquefois, nous avons aussi noté des céphalées avec nausées, vomissements et malaise général ; mais ces accidents ne duraient que peu de temps et n'entravaient pas le traitement. Des réactions du côté de la peau peuvent se produire : le traitement va déclencher un érythème polymorphe, une poussée d'urticaire ou un prurit sans lésions apparentes. On ne peut évidemment rapporter ces phénomènes à l'anaphylaxie, puisqu'ils se produisent au milieu d'une série, et que la dernière injection ne date pas de plus de

(1) Moutier et Rachet. *Loc. cit.*

48 heures. Ces faits appellent de nouvelles recherches qui sortent du cadre de ce travail ; aussi nous bornons-nous à les signaler.

Parmi les accidents tardifs il faut aussi signaler les cas d'aggravation par le traitement, de la dermatose que l'on soigne. C'est à la troisième ou à la quatrième injection que s'observe d'ordinaire cette complication ; elle est une contre-indication absolue de la thérapeutique sanguine, qu'on devra supprimer immédiatement pour recourir aux traitements habituels.

Enfin, nous devons signaler un fait, unique à notre connaissance : un nourrisson âgé de huit mois, soigné dans le service de M. le Professeur Weill, mourut subitement après deux injections de son propre sang, alors que son état général avait été jusque-là excellent et que l'autohémothérapie lui avait été appliquée pour enrayer une poussée de pyodermites.

Avant de terminer ce chapitre, nous voulons encore étudier un fait des plus curieux qu'il nous a été donné d'observer et que nous croyons pouvoir qualifier du nom d'accident. Il n'a été signalé qu'une seule fois et a été publié par MM. Nicolas, Gaté et Dupasquier (1) à la Société de Biologie de Lyon.

Il s'agit d'un cas de purpura dont fut atteinte une femme de 53 ans, souffrant d'un eczéma papulovésiculeux des mains et des avant-bras. Soumise à l'autohémothérapie, elle vit ses lésions s'aggraver par le traitement que l'on fut contraint de cesser et auquel on substitua des thérapeutiques locales. Cinq mois

(1) Nicolas, Gaté et Dupasquier. *Loc. cit.*

après, l'eczéma s'étant reproduit, on tente à nouveau le traitement sanguin; on ne put faire que quatre injections, l'aggravation étant de nouveau indiscutable. Dans les jours qui suivirent la quatrième injection, on fut fort surpris de constater une éruption à caractère purpurique, siégeant aux membres inférieurs et qui s'accrut de jour en jour, pendant plusieurs semaines. Puis le purpura disparut complètement.

Pendant cette période, un examen du sang fut pratiqué. Douze centimètres cubes de ce dernier, mirent 2 h. 51' pour se coaguler et la ponction veineuse occasionna une abondante hémorragie.

Il est difficile d'interpréter les causes d'un semblable accident; mais il ne peut être mis à la charge de l'anaphylaxie, puisqu'il ne se produisit qu'après la quatrième injection de la deuxième série, alors qu'il aurait dû se manifester dès après la première. L'intérêt pratique que comporte cet épisode clinique nous à seul amené à en faire mention.

L'énumération des accidents dus à l'autohémothérapie connus jusqu'à ce jour, ne doit pas en faire redouter l'utilisation. Au contraire nous possédons en elle une arme peu dangereuse, et l'on peut sans craindre en user largement.

CHAPITRE VII

Pathogénie.

Nombreuses sont les recherches qui, depuis ces dernières années, s'attachent à déterminer par quel mécanisme agit l'autohémothérapie.

Devant les résultats parfois aussi heureux que bizarrement contradictoires qu'elle fournit, certains auteurs se sont plu à considérer qu'elle pourrait bien être comme les protéines, les métaux colloïdaux, le froid, la chaleur ou les Rayons X, l'agent provocateur dans l'organisme d'un déséquilibre humoral. D'autres ont accordé leur préférence à l'idée qu'elle agit comme une vaccination. En tout cas, si excellent que soit ce terme de « choc », il n'est cependant point parfait. Mais à coup sûr, il a l'incalculable avantage d'être expressif et de traduire exactement l'allure brutale et cataclysmique des phénomènes qu'on attribue à ce bouleversement cellulaire. Quoi qu'il en soit, la question reste pendante, et comme le dit spirituellement

M. Milian : « Nulle oreille n'a encore entendu le fracas de ce choc dans nos capillaires. »

Des travaux ont été faits à la Clinique de l'Anti-quaille dans le but d'éclaircir si possible ce problème biologique. Fréquemment en effet nous étions surpris par les résultats heureux de l'autohémothérapie sur des dermatoses qu'elle fit disparaître, alors que rien ne pouvait permettre d'entrevoir de semblables résultats. Aussi avons-nous voulu tenter de chercher une explication à ces phénomènes et de déceler l'action biologique qui les conditionne. Pour y parvenir, une série d'expériences fut faite dans le service de M. le Professeur Nicolas. C'est leur exposé que nous apportons dans les lignes qui suivent.

Nous dirons d'abord « ce que n'est pas » l'autohémothérapie, en appuyant nos raisonnements sur des preuves de raison d'abord, puis sur des données expérimentales tirées des observations citées ci-dessous. La seconde partie de ce chapitre est consacrée à établir ce que nous pensons « qu'elle peut être », à la lumière des quelques recherches dont nous rapportons les résultats.

Nous avons pris comme point de départ de nos travaux, des malades porteurs de furonculose ou d'anthrax, ces lésions étant celles qui réagissent le plus favorablement à l'application du traitement autohématique. Par quel mécanisme agissait donc ce dernier ?

Se produisait-il une véritable vaccination antistaphylococcique réalisée par nous à notre insu ? Il était avant toute expérimentation illogique d'y penser. En effet s'il en eût été ainsi, les malades auraient dû guérir spontanément de leur furonculose ; et ce n'est point le fait de leur réinjecter leur propre sang qui devait réaliser ce qu'ils n'avaient pu faire eux-mêmes.

Mais ce n'étaient là que preuves de raison. Pour étayer son opinion, M. le Professeur Nicolas pensa qu'il serait plus intéressant de s'en remettre à l'expérimentation et d'injecter à un furonculeux non plus son propre sang, mais celui d'un autre sujet de même espèce et indemne de toute furonculose actuelle ou antérieure. L'observation qui fait suite concernait un malade du Docteur Jean Lacassagne.

Un homme de 43 ans, entré à la Clinique de l'Antiquaille le 6 janvier 1923, présentait une violente poussée de furonculose datant de onze jours dont les éléments tous en activité, étaient répartis sur le thorax, l'abdomen et les membres inférieurs. L'un d'eux, très volumineux, de la grosseur d'une mandarine, siégeait à la face antérieure du thorax ; il avait, de plus, un aspect anthracoïde. L'état général du malade était mauvais, celui-ci souffrant beaucoup et ayant perdu l'appétit ainsi que le sommeil. Le jour même de son entrée, il fut décidé qu'on le soumettrait à l'Homohémothérapie, afin d'en comparer les résultats avec ceux de l'Autohémothérapie. Systématiquement on ne fit aucun traitement local. L'un de nous, M. le Docteur

Lebeuf, Interne du service, voulut bien nous autoriser à prélever sur lui le sang nécessaire ; ajoutons qu'il n'avait jamais présenté aucune furonculose.

La première injection fut par rpudence de 1 cc 5 seulement. Le malade la supporta et ne présenta aucune réaction ; douze ou quinze heures après il pouvait dormir et nous apprenait que les douleurs violentes dont il se plaignait à son entrée, avaient subitement disparu. Le lendemain, il mangeait avec appétit.

Localement, l'anthrax s'était affaîssé, la fluctuation avait presque disparu ainsi que la zone inflammatoire périphérique. Aucun furoncle nouveau n'était apparu.

Devant la parfaite tolérance du malade, on pratique deux jours plus tard une deuxième injection de sang, celle-là de 5 cc que l'on renouvela deux jours après. A cette date, six jours après le début du traitement commencé le 6 janvier, tous les furoncles étaient en voie de régression rapide.

Le 15 janvier on pratique une cinquième injection de 10 cc pour consolider la guérison et le 18, le malade quitte le service en parfait état. Le traitement avait duré dix jours en tout.

L'hypothèse d'une vaccination des furonculeux par l'Autohémothérapie était ébranlée, puisque un malade venait d'obtenir une guérison complète et rapide grâce au sang d'un autre individu, indemne de toute infection staphylococcique. Désirant pousser l'expérimentation plus avant, M. le Professeur Nicolas eut l'idée qu'on pourrait également traiter et guérir peut-être les furonculeux, en leur injectant non plus un sang hu-

main, mais celui d'un animal. L'expérience précédente démontrait qu'on n'avait probablement pas affaire dans la furonculose à un processus vaccinant ; les suivantes allaient apporter une preuve nouvelle et absolue de cette conception. Elles eurent trait à deux malades atteints d'anthrax, que l'Hétérohémothérapie devait faire disparaître rapidement.

Le premier d'entre eux était un jeune homme de 17 ans, syphilitique héréditaire alors en traitement à la Clinique de l'Antiquaille. Pendant le séjour qu'il y fit, il contracta un volumineux anthrax de la région dorsale, très dur et très douloureux.

Une première injection de 3 cc de sang prélevé par ponction dans le cœur d'un cobaye, fut pratiquée par le Docteur Lebeuf. Elle n'amena aucune réaction grave, aucun incident n'eut lieu ; mais deux heures plus tard, la douleur disparaissait soudainement. Le surlendemain l'anthrax était ramolli, fluctuant, affaissé. On pratique une injection de 5 cc cette fois avec du sang prélevé sur les deux cobayes ayant déjà servi.

Le sixième jour, injection de 6 cc. L'état local s'améliore, la zone érythémateuse a disparu et il ne s'écoule plus de l'anthrax qu'un liquide séro-sanguinolent mais pas de pus. Aucun élément nouveau n'est apparu en cours de traitement.

Le neuvième jour on fait une cinquième et dernière injection de 5 cc. L'anthrax est entièrement cicatrisé.

Alors qu'aucune réaction locale et générale n'avait été notée à la suite des injections, quinze jours plus

tard le malade commence à présenter un état général assez mauvais. Son facies est devenu d'une grande pâleur, sa langue saburrale. En même temps, il se produit une légère élévation thermique (38°2) et une épistaxis abondante survient et se répète trois fois en deux jours.

Ces phénomènes furent-ils la traduction d'un état infectieux intercurrent ou plus ancien et latent, réveillé par le traitement sanguin ; en furent-ils une conséquence directe ? Il est permis d'y penser, mais il est difficile pourtant d'avoir une opinion ferme sur ce point.

Le second malade fut une femme âgée de 35 ans, qui présentait au niveau de l'épaule droite un anthrax déjà ouvert datant d'une dizaine de jours, très douloureux. On choisit, pour la traiter, du sang de lapin, et on lui fit dans la fesse gauche une première injection de 4 cc. Dans l'après-midi la douleur disparut et deux jours plus tard l'anthrax était très amélioré. On pratiqua alors une deuxième injection de 6 cc, à la suite de laquelle la malade présenta une réaction locale consistant en douleurs vives dans la cuisse et le membre inférieur gauches, assez analogues à celles que l'on observe parfois chez des sujets soumis à l'autohémothérapie. Il n'y eut ni rougeur ni douleur au point d'injection mais on nota une réaction générale marquée : fièvre et frissons. Néanmoins, on pratiqua dans la fesse droite une troisième injection de 6 cc, du sang du même lapin. Cette fois, pas de réaction mais au point d'injection on assiste à l'apparition

d'une large plaque d'urticaire, très prurigineuse, qui disparaît en quelques jours ; il n'en subsiste qu'une zone érythémateuse. Mais l'anthrax a guéri par le traitement commencé depuis dix jours seulement.

Ces observations démontrent une fois de plus que le mécanisme de l'Autohémothérapie, ne « *ressortit nullement à un processus de vaccination* » en ce qui concerne la furonculose et l'anthrax. L'Homohémothérapie d'abord, l'Hhétérohémothérapie ensuite nous avaient fourni les mêmes résultats. Résultats plus rapides ajouterons-nous, et cela ne saurait surprendre, en raison de l'espèce très étrangère des albumines qui ont été utilisées. Mais, réactions générales et locales plus violentes aussi, superposables cliniquement à celles, très atténuées, « raccourcies », comme le disent MM. Tinel et Saintenoise, que provoque l'autohémothérapie. Elles doivent en tout cas rester présentes à l'esprit et commander la prudence.

Si l'autohémothérapie n'agit pas par vaccination, comment le fait-elle donc ? Et voilà que nous sommes naturellement amenés à penser qu'elle aussi, peut engendrer un choc hémoclasique ; nous dirigerons dès lors nos recherches dans ce sens. Evidemment, elle ne déclanche pas de réactions cliniquement bruyantes, comme la pratique de l'Hétéro-sang. Mais le milieu humoral des sujets qu'elle guérit nous permettra peut-être de retrouver les « tests » sanguins du choc, décrits par Widal et ses élèves.

A la réunion de la Société de Biologie de Lyon (1) du 14 mai 1923, nous présentons une série de résultats qui viennent confirmer notre hypothèse.

Le malade traité, un homme d'environ 50 ans, souffrait depuis plusieurs mois d'un prurit violent, l'empêchant de dormir et ayant visiblement altéré son état général. Disons de suite qu'il fut beaucoup amélioré, après la quatrième injection de son propre sang.

Résultats.

I. — TENSION SANGUINE.

Avant la première injection : 13 1/2-6.

3 minutes après : 6 (lipothymie, malade très impressionnable) ; 10 minutes après : 7-5 1/2 ; 30 minutes après : 10 1/2-4 1/2 ; 45 minutes après : 11-6.

Avant la deuxième injection : 15 1/2-7.

5 minutes après : 13 1/2-6 ; 15 minutes après : 12 1/2-6 1/2 ; 30 minutes après : 12 1/2-6 1/2.

Avant la troisième injection : 15-6.

15 minutes après : 13-8.

Avant la quatrième injection : 14 1/2-7.

10 minutes après : 13 1/2-6 1/2 ; 20 minutes après : 12 1/2-6.

(1) J. Nicolas, J. Gaté, D. Dupasquier, P. Dumollard. *Loc. cit.*

II. — COAGULATION.

5 minutes après la première injection :	5'
15 — — — — :	5'
5 — — — deuxième — :	6'
15 — — — — :	10'
30 — — — — :	7'
5 — — — troisième — :	6' 55"
30 — — — — :	9'
10 — — — quatrième — :	7'
30 — — — — :	10'

III. — LEUCOPÉNIE.

Avant le début du traitement, on trouve 5782 globules blancs à l'hématimètre de Hayem.

Avant la première injection : 5722 globules blancs.

Après la première — : 4475 —

Avant la deuxième — : 4835 —

Après la deuxième — : 2625 —

Avant la troisième — : 4287 —

Après la troisième — : 2937 —

Avant la quatrième — : 4931 —

Après la quatrième — : 2847 —

Enfin, quatrième test, après chaque injection la rutilance du sang veineux s'est montrée des plus nettes. Il nous fut aisé de la constater au moment des ponctions veineuses, pratiquées pour la mesure du temps de coagulation.

Nous avons noté de plus que la baisse de la tension n'est pas seulement passagère, mais qu'elle subsiste pendant trois semaines environ après la fin du traitement. La leucopénie suit une marche analogue.

Ces chiffres semblent donc bien prouver que l'auto-hémothérapie provoque un véritable désordre humoral puisqu'ils nous montrent : 1° une baisse de la tension après chaque injection ; 2° une teneur du sang en globules blancs qui diminue parallèlement ; 3° enfin un temps de coagulation qui au lieu d'être de 8 minutes environ, et de se maintenir à ce taux, s'abaisse régulièrement dans les minutes qui suivent la réinjection sanguine, pour s'élever après une demi-heure au-dessus de la normale.

Il est regrettable de n'avoir pu étayer nos hypothèses que par une seule observation. Mais il est difficile de disposer, pour ce genre de recherches, de malades suffisamment dociles et qui veuillent bien s'y prêter.

Cependant il nous est possible d'apporter ici ce complément d'informations qui nous fait défaut. En effet, M. le Professeur Nicolas présentait une note de MM. Monziol et Pauron, à la réunion de la Société de Biologie du 11 juin 1923, ayant trait à des faits analogues à ceux publiés par nous antérieurement. Ces auteurs ont eu en 1922 l'occasion d'appliquer la méthode de Ravaut, sur cinq malades du service de Dermato-Vénéréologie de l'Hôpital de Gul-Hane, à Constantinople. Les résultats thérapeutiques ont été très favorables, et les recherches hématologiques qu'ils ont pratiquées à cette occasion, leur ont donné à cette occasion, leur ont donné ceux que nous exposons ci-dessous.

OBSERVATION I. — Zanzu... Armand. Eczéma rebelle des mains, guéri en trois injections.

I. — TENSION SANGUINE. (Pachon.)

Avant la première injection : 18-8.

15 minutes après : 17 1/2-8 ; 30 minutes après : 14 1/2-7 ; 60 minutes après : 15-7 ; 1 h. 30 après : 16-9 1/2.

(La recherche de la tension sanguine n'a été faite ni avant ni après la deuxième injection.)

Avant la troisième injection : 17-10.

15 minutes après : 16-9 ; 30 minutes après : 15-8 ; 60 minutes après : 16-9 ; 1 h. 30 après : 16-9 1/2.

II. — LEUCOPÉNIE.

Avant la première injection. 7000 globules blancs.

Un quart d'heure après.... 5000 —

Une demi-heure après..... 6000 —

Une heure après..... 7000 —

Une heure et demie après.. 7000 —

Avant la troisième injection. 7000 —

Un quart d'heure après.... 5000 —

Une heure après..... 7500 —

Avant la troisième injection. 7500 —

Un quart d'heure après.... 4500 —

Une demi-heure après..... 7500 —

OBSERVATION II. — And... Mohamed, 23 ans. Sycosis récidivant de la barbe, guéri à deux reprises par des injections d'auto-vaccin.

I. — TENSION SANGUINE.

Avant la première injection : 14-7.

15 minutes après : 14-7 ; 30 minutes après : 13-7 ;

60 minutes après : 14-7 ; 1 h. 30 après : 14-7.

(Pas d'étude de la tension pour la seconde injection.)

Avant la troisième injection : 14-9.

15 minutes après : 11-7 ; 30 minutes après : 13-7 ;

60 minutes après : 14-9 ; 1 heure 30 après : 14-9.

II. — LEUCOPÉNIE.

Avant la première injection.	8000	globules blancs.
Un quart d'heure après....	7000	—
Une demi-heure après.....	7000	—
Une heure après.....	7500	—
Une heure et demie après..	8000	—
Avant la deuxième injection.	7000	—
Un quart d'heure après....	7500	—
Une demi-heure après.....	7000	—
Une heure après.....	7500	—
Avant la troisième injection.	7000	—
Un quart d'heure après....	5500	—
Une demi-heure après.....	7500	—

OBSERVATION III. — Zaouli-Bi-Irié, 27 ans. Filariose (loa) avec œdème de la fesse droite et dermite généralisée prurigineuse. Eosinophilie (26 %) ne fut pas modifiée par l'autohémothérapie. Œdème et prurit furent guéris par deux injections.

I. — TENSION SANGUINE.

Avant la première injection : 19-10.

15 minutes après : 18-10 ; 30 minutes après : 17-9 ;
60 minutes après : 18-10 ; 1 heure 30 après : 18-10.

Avant la deuxième injection : 16-10.

15 minutes après : 17-11 ; 30 minutes après : 15-10 ;
60 minutes après : 16-10.

II. — LEUCOPÉNIE.

Avant la première injection. 8000 globules blancs.

Un quart d'heure après.... 5500 —

Une demi-heure après..... 5500 —

Une heure après..... 6500 —

Quatre heures après..... 8000 —

Avant la deuxième injection. 7500 —

Un quart d'heure après.... 5000 —

Une heure après..... 8000 —

OBSERVATION IV. — Eczéma généralisé de la face compliqué d'adénite rétro-maxillaire droite suppurée (staphylocoques). Amélioration très rapide après la première injection, mais beaucoup moins nette après trois nouvelles piqûres.

I. — TENSION SANGUINE.

Avant la première injection : 18-9.

15 minutes après : 16-9 ; 30 minutes après : 15-9 ;
60 minutes après : 15-9 ; 1 heure 30 après : 17-9.

Avant la deuxième injection : 17-9.

30 minutes après : 13-8 ; 60 minutes après : 15-8.

II. — LEUCOPÉNIE.

Avant la première injection.	7000 globules blancs.	
Un quart d'heure après....	5500	—
Une demi-heure après.....	5500	—
Une heure et demie après..	7500	—
Quatre heures après.....	7000	—
Avant la deuxième injection.	8000	—
Un quart d'heure après....	6000	—
Une demi-heure après.....	6000	—
Une heure après.....	7500	—
Une heure et demie après..	8500	—

OBSERVATION V. — Ros... Léonard, 22 ans. Chancre mou à allure phagédénique. Combinée au chauffage, l'autohémothérapie le cicatrise en huit jours.

I. — TENSION SANGUINE.

(N'a pas été recherchée pour la première injection.)

Avant la deuxième injection : 17-9.

30 minutes après : 15-8 ; 1 heure 30 après : 16-8.

II. — LEUCOPÉNIE.

Avant la première injection.	7500 globules blancs.	
Un quart d'heure après....	6000	—
Une demi-heure après.....	5500	—
Une heure après.....	7000	—
1 heure 30' après.....	7500	—
Avant la deuxième injection.	7000	—
Un quart d'heure après....	5000	—
Une demi-heure après.....	6500	—
Une heure après.....	7000	—
Une heure et demie après..	7000	—

Le long énoncé de ces chiffres montrent que les résultats de MM. Monziol et Pauron sont superposables aux nôtres. Comme nous, ces auteurs notent une chute de la tension artérielle après chaque injection, et assignent à la leucopénie une marche parallèle.

Ils remarquent également que le choc n'est pas cliniquement décelable, que la dose du sang à injecter est sans importance pour en obtenir l'apparition, et qu'elle ne semble pas, d'autre part, avoir une influence marquée sur l'intensité des réactions biologiques.

Nous pourrions encore à l'appui de l'hypothèse du choc en thérapeutique auto-hématique, ajouter les résultats obtenus par MM. Moutier et Rachet (1). Pour eux aussi, « le sens ou l'intensité des réactions paraissent peu influencés par la quantité de sang injecté ».

(1) Moutier et Rachet. *Loc. cit.*

Leur travail repose sur l'observation de quinze malades souffrant d'affections diverses ; leurs doses ont varié entre 2 et 20 cc. Ils signalent une particularité intéressante, à savoir qu'il convient de pratiquer la recherche des « tests » 10 minutes après l'injection, délai optimum, disent-ils, pour l'exactitude des notions recueillies. Comme les auteurs cités plus haut ils les ont facilement retrouvés, mais ont de plus recherché les variations du taux de l'hémoglobine, des globules rouges, et de la formule leucocytaire ; les hématies diminueraient dans le plus grand nombre des cas ; l'hémoglobine et la formule leucocytaire ne présenteraient pas d'écarts appréciables avant et après les injections.

Ils font également mention d'un « syndrome inverse » ; nous ne l'avons jamais observé ; une élévation de la pression artérielle et une hyperleucocytose en sont les principaux symptômes. Dans ces cas-là, le retour à l'équilibre normal serait beaucoup plus tardif, que dans les réactions hémoclasiques ordinaires.

Avant de clore ce chapitre, nous nous permettrons de reculer encore les limites du problème pour envisager maintenant la cause productrice possible, du choc humoral. Rien n'est, à l'heure actuelle, plus précis et le champ des hypothèses est largement ouvert.

L'état du sang lorsque celui-ci se trouve dans la seringue, doit évidemment être le siège d'une série de modifications qui nous échappent. Il paraît cepen-

dant naturel de penser que ce song doit alors au contact des parois, subir un commencement de coagulation, provocateur d'un déséquilibre du milieu et qui va déclancher la crise vasculo-sanguine au moment de la réinjection. Certains auteurs paraffinent l'aiguille et le corps de la seringue dont ils se servent ; d'autres font usage de citrate de soude. D'après P. Mino ces procédés empêchant tout début de coagulation, il ne pourrait se produire de choc hémoclasique puisque le sang conserve jusqu'au bout, dit-il, son équilibre normal. Mais il est à croire que ce dernier va, dans les tissus, se coaguler et subir à leur niveau des modifications bien plus considérables que dans une seringue en verre ; ce qui lui permettra de déclancher quand même la crise, si tant est que ce soit là son origine. Nous n'en voulons pour preuve que les cas de crises colloïdoclasiques typiques signalées par MM. Moutier et Rachet, apparaissant chez des sujets à qui ils ont appliqué des ventouses sèches. Ces faits, sembleraient montrer que la seule extravasation du sang hors des vaisseaux et sa coagulation consécutive dans le tissu cellulaire ou musculaire, sont à la base du choc protéique.

On a invoqué également les modifications de la tension superficielle du milieu sanguin, qui se produiraient entre l'instant de la ponction veineuse et celui de la réinjection.

Mais il est une théorie qui jouit actuellement d'une faveur bien plus grande. Et la plupart de ceux qui

ont fouillé le problème, s'accordent pour attribuer l'origine du choc, à de simples sollicitations nerveuses intéressant le système vaso-symphatique.

Parmi eux, Camus et Pagniez (Société de Biologie, 1908), Tinel, Garrelon et Saintenoise (Société de Biologie, 1920-21-22) auraient également cherché à établir, à l'aide de l'action de l'atropine et de la pilocarpine la part du nerf vague dans le déterminisme des phénomènes.

MM. Arloing et Langeron (1), pensent de même « que le rôle du système vague est capital dans la production d'une leucopénie brusque », et la crise hémoclasique leur semble devoir être considérée « comme la traduction sanguine d'un brusque déséquilibre du système organo-végétatif ».

La prédominance du nerf vague paraît être nécessaire et, « *théoriquement* », seuls les sujets en état de vagotonie seraient capables de présenter les symptômes du bouleversement colloïdal. On en donnerait une preuve par ce fait que l'adrénaline employée dans le traitement du choc, est en même temps excitatrice du sympathique. Nous avons essayé de vérifier ces données sur quelques malades et nous avons constaté que ceux d'entre eux qui présentaient un réflexe oculo-cardiaque positif, dénotant leur état de vagotonie, réagissaient heureusement à l'autohémothérapie et voyaient leur dermatose rapidement guérir sous son action. Par contre, chez un sujet rebelle au trai-

(1) Arloing et Langeron. Données expérimentales sur la valeur séméiologique de la leucopémie des crises hémoclasiques. (*Lyon Médical*, 25 mars 1923.) — Les chocs en pathologie et en expérimentation. (*Journal de Médecine de Lyon*, 5 juillet 1923.)

tement et chez qui le réflexe oculo-cardiaque avait été trouvé négatif, nous avons pratiqué quatre injections de 2 cc de pilocarpine, dans l'espoir d'exciter le nerf vague et de voir se modifier à son avantage, l'équilibre organo-végétatif de notre malade.

Nous n'obtinmes pas le résultat désiré. D'ailleurs MM. Arloing et Langeron pensent qu'il ne faut pas trop compter sur l'influence des poisons vago-sympathiques pour obtenir l'atténuation ou le renforcement d'un choc. Ils ajoutent même qu'il existe des chocs bénins, amoindris, à prédominance sympathicotonique s'accompagnant d'une légère hypertension. C'est également l'avis de Galup (1), qui soutient un raisonnement semblable dans un article récent.

Il ne paraît pas douteux en tout cas, que l'on doive attribuer au système nerveux un rôle de toute première importance et qu'on puisse le mettre à la base de ces curieux phénomènes.

Nous résumerons rapidement ce chapitre, en rappelant que l'hypothèse de la vaccination par l'autohémothérapie semble avoir vécu et qu'il est tout au moins plus raisonnable de se rattacher, pour en expliquer le mécanisme intime, à l'idée d'un choc colloïdal. A quelles lois bien peu connues encore obéit ce dernier, c'est ce que l'on ne saurait affirmer en présence des hypothèses nombreuses émises chaque jour à ce sujet, mais qui restent assurément de précieux guides, et marquent autant de jalons sur la route à poursuivre.

(1) Galup. (*Presse Médicale*, 20 juin 1923.)

CONCLUSIONS

I. — L'Autohémothérapie et l'Hémothérapie en général sont d'une pratique très ancienne. Les premiers essais en furent faits dès 1667. Mais ce n'est qu'en 1875 que l'on commence à en faire une utilisation plus courante. En 1913, M. Ravaut l'introduit définitivement dans le traitement des dermatoses. Depuis cette époque elle donne lieu à de nombreux travaux et devient à la Clinique Dermatologique de l'Antiquaille, l'objet des recherches les plus diverses.

II. — Ses indications s'étendent rapidement. En médecine générale quelques affections comme la fièvre typhoïde, les anémies, l'encéphalite épidémique en bénéficient pour une certaine part. En dermatologie, elle constitue une méthode thérapeutique des plus appréciables dans le traitement des eczémas, prurigos diathésiques, urticaire et des affections prurigineuses en général. Elle trouve son indication de choix dans la furonculose vraie où elle permet d'obtenir les résultats les plus remarquables et les plus constants. L'autohémothérapie a été tentée dans la blennorrhagie et ses complications, dans le traitement des bubons chancrelleux, et de la lymphogranulomatose. C'est avec succès qu'on l'utilise dans le zona.

III. — Nos observations montrent que les eczémas vésiculeux, papulovésiculeux et séborrhéiques, les plaques de névrodermite, les cas d'urticaire chronique, de zona et de maladies de Duhring peuvent être également soumis au traitement sanguin, que la furonculose et l'anthrax en fournissent une très fréquente application.

IV. — Mais les résultats ne s'affirment pas toujours égaux.

Le lichen plan de Wilson semble être très rebelle à l'autohémothérapie et les résultats sont rarement satisfaisants avec l'eczéma séborrhéique. Elle a de même peu de prise sur certains prurigos, eczémas diathésiques ou dermites aiguës professionnelles. Par contre, elle améliore plusieurs cas de dermatites de Duhring, des purpuras et divers eczémas ; parallèlement, existent des malades porteurs de dermatoses analogues bien guéries par le traitement ; la furonculose surtout, semble avoir trouvé une médication spécifique, quelques auteurs cependant contestent nos résultats sur ce point. Enfin l'autohémothérapie aggrave parfois les lésions, ce qui doit entraîner l'abandon du traitement.

V. — Il est possible de classer schématiquement les malades à traiter en quatre catégories, afin de réaliser une conduite du traitement aussi rationnelle que possible :

a) Sur les premiers, son action est excellente et amène des guérisons rapides ;

b) Dans le second groupe se rangent des sujets à réactions paresseuses et dont la guérison ne survient que lentement tout en suivant une marche progressive ;

c) Un troisième groupe de malades est constitué par des cas d'amélioration précoce, mais passagère. Il faut savoir, devant des faits de ce genre, supprimer l'autohémothérapie sous peine d'aggraver les lésions ;

d) Enfin il existe des malades sur lesquels le traitement n'a aucune action, bonne ou mauvaise.

VI. — Les accidents sont presque nuls, et ne doivent jamais être une entrave à l'institution de cette thérapeutique.

VII. — Le mécanisme pathogénique de l'Autohémothérapie est loin d'être parfaitement connu. Jusqu'à plus ample informé et d'après les recherches faites à la Clinique Dermatologique et par d'autres auteurs, il ne peut s'agir de vaccination. Les « tests » de la crise vasculo-sanguine ayant été observés, on peut penser qu'il s'agit plutôt d'un choc hémoclasique, sans toutefois qu'on puisse affirmer ce qui ne reste encore qu'une hypothèse.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Vu :

NICOLAS

LE DOYEN,

Jean LEPINE

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 26 Novembre 1923.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
CAVALIER

BIBLIOGRAPHIE

ARLOING et LANGERON. — Données expérimentales sur la valeur séméiologique de la leucopénie des crises hémoclasique. *Lyon Médical*, 25 mars 1923.

— Les chocs en pathologie et en expérimentation. *Journal de Médecine de Lyon*, 5 juillet 1923.

BONNET L.-M. — Injections de lait dans le traitement de la furonculose. *Lyon Médical*, n° 21, 10 novembre 1922.

BRODIN, LESNÉ et SAINT-GIRONS. — Autoplasmothérapie dans la grippe. *C. R. de la Société de Biologie*, 15 mars 1919.

BUFFLER. — Essais d'Autohémothérapie dans la furonculose. *Thèse de Lyon*, décembre 1922.

DUFOURT A. — *Société Médicale des Hôpitaux de Lyon*, 25-4-14.

FANJOUX. — Traitement de l'érésypèle par les injections sous-cutanées de lait. *Thèse de Lyon*, mai 1923.

FAUVET. — Contribution à l'étude de l'Autohémothérapie en Dermatologie et spécialement dans la Furonculose. *Thèse de Paris*, 1922.

GALUP. — *Presse Médicale*, 20 juin 1923.

GATÉ et DUPASQUIER. — Considérations pratiques sur l'Autohémothérapie en Dermatologie. *Journal de Médecine de Lyon*, mai 1922.

GOUGEROT H. — La Dermatologie et la Syphiligraphie en 1923. *La Médecine*, novembre 1923, n° 2.

KAZNELSON. — *Térapeutisch Halb*, 1^{er} mai 1921.

- LÉVY F. — L'Autohémothérapie dans les dermatoses. *Vie Médicale*, 30 juin 1922.
- LUMIERE A. — Choc anaphylactique et colloïdoclasie. *Presse Médicale*, 3 décembre 1921, p. 960.
- MINO P. — Hémothérapie et crise hémoclasique. *Presse Médicale*, 10 novembre 1923.
- MONZIOL et PAURON. — A propos de la dernière communication de MM. Nicolas, Gaté, Dupasquier et Dumollard : « Autohémothérapie et choc hémoclasique. *C. R. de la Société de Biologie*, 11-6-23, p. 249.
- MOURIQUAND. — Autohémothérapie dans les affections à forme trainante. *Journal de Médecine de Lyon*, 9 mars 1920.
- MOUTIER et RACHET. — Incidents et accidents de l'Autohémothérapie. *Presse Médicale*, 15 août 1923.
- Syndrome hémoclasique et autohémothérapie. *C. R. de la Société de Biologie*, 13 janvier 1923, n° 1, p. 23.
- Identité des réactions hémoclasiques après ingestion de lait ou d'eau distillée. Essai d'interprétation. *Progress Médical*, 22-9-23.
- NICOLAS, GATÉ et DUPASQUIER. — Deux cas de prurigo rebelles guéris par l'Autohémothérapie. *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, n° III, 1921.
- Réactions cliniques dans l'Autohémothérapie de quelques dermatoses. *C. R. Société Biologie*, 1921, n° 35, p. 1.036.
- Sur quelques réactions cliniques de l'autohémothérapie (Purpura). *C. R. Société de Biologie*, 15 janvier 1923, p. 24.
- Nouveaux essais d'Autohémothérapie dans les dermatoses ; réactions du type sérique consécutives. *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, n° 4, avril 1922.
- NICOLAS, GATÉ, DUPASQUIER et LEBEUF. — Essais de traitement des bubons chancrelleux par l'Autohémothérapie. *Société Médicale des Hôpitaux de Lyon in Lyon Médical*, 25 juin 1923.

— Homohémothérapie dans la Furunculose ; sa signification biologique. *C. R. Société Biologie*, 19 février 1923.

— Hétérohémothérapie dans la Furunculose et l'Anthrax ; sa signification biologique. *C. R. Société de Biologie*, 16 avril 1923.

NICOLAS, GATÉ, DUPASQUIER et DUMOLLARD. — Autohémothérapie et choc hémoclasique. *C. R. Société de Biologie*, 14 mai 1923, p. 1.298.

NICOLAS, GATÉ, DUPASQUIER, LEBEUF et DUMOLLARD. — Autohémothérapie et crise hémoclasique (II^e Congrès de Dermatologie et de Syphiligraphie de Langue Française, Strasbourg, juillet 1923, in *Presse Médicale*, n° 65, p. 712.

NICOLAS, GATÉ et DUPASQUIER. — L'Autohémothérapie dans la furunculose. *Lyon Chirurgical*, sept.-octobre 1923.

RAMOND. — A propos du Traitement de l'hémoptysie des Tuberculeux. *Progrès Médical*, 14 septembre 1912, p. 452.

RAMON et GOUBERT. — Autohémothérapie dans la fièvre typhoïde. *Bulletin Académie Médecine*, 1915, pp. 205 à 208.

RIMBAUD et RAMAIN. — Comité Médical des Bouches du Rhône, 6-1-22.

RAVAUT. — Autohémothérapie dans quelques dermatoses. *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, mai 1913, n° 5, p. 292.

RUBY. — Essais d'Autohémothérapie dans les dermatoses. *Thèse de Lyon*, 1921.

SICARD et GUTMANN. — Autohémothérapie et Epilepsie. *Société Médicale des Hôpitaux*, 28 juillet 1922.

SICARD J.-A. — Autohémothérapie et Rhume des Foins. *Société Médicale des Hôpitaux*, 26 juin 1914 et 17 juillet 1914.

— Autohémothérapie et Homohémothérapie. *Marseille Médical*, 1^{er} mai 1918.

— Homohémothérapie sous-cutanée. *Presse Médicale*, n° 33, 13 juin 1918.

- SPIETHOF. — Munchener Medizinische Wochenschrift. N° 10, 11 mars 1913.
- SPILLMANN. — L'Autohémothérapie dans le zona. *La Médecine*, novembre 1923, n° 2.
- TRIBET. — C. R. Société des Sciences biologiques et médicales du Languedoc méditerranéen, 3 février 1922.
- TZANCK. — Traitement des eczémas professionnels par l'Autohémothérapie. *L'Hôpital*, août-B 1921.
- WEILL P.-E. — Le traitement de l'hémophilie par la cure sérique. *Congrès de Médecine de Paris*, 1910.
- WIDAL. — Les autocolloïdoclasies. *Journal des Praticiens*, n° 2, 8 janvier 1921, p. 17.
- WIDAL, ABRAMI et BRISSAUD. — Considérations générales sur la protéinothérapie et le traitement par le choc colloïdoclasique. *Presse Médicale*, 5 mars 1921, n° 19, p. 181.
-

TABLE DES MATIERES

Avant-propos	7
Historique	9
Chapitre premier. — Technique	21
Chapitre II. — Indications	25
Chapitre III. — Observations	29
Chapitre IV. — Etude clinique tirée des observa- tions	47
Chapitre V. — Conduite du traitement	51
Chapitre VI. — Accidents et réactions cliniques . .	61
Chapitre VII. — Pathogénie	67
Conclusions	87
Bibliographie	91
